BIBLIOTHÈQUE DE L'UNIVERSITÉ
SECTION MÉDECINE
Place de la Victoire
BORDEAUX

Richard COUSTOU

Année 1969 — n° 246

Thèse médecine soutenue le 19 Décembre 19

Contribution à l'étude de la Syphilis osseuse

— 1969 —

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. G. PORTMANN, R. SIGALAS, F. TAYEAU.
DOYEN : M. H. BRICAUD. — **ASSESSEURS** : MM. J. MASQUELIER, N...

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. CHARRIER, DUBREUIL, CREYX, DARGET, R. SIGALAS, G. PORTMANN, M. RIVIÈRE, R. GIRARD, C. PIFFAULT, R. FABRE, R. DUFOUR, P. FOURMENT, E. AUBERTIN, X. J. DUBECQ, L. MASSÉ, A. LACHAPÈLE, G. VITTE, J. DESPONS, G. DUBOURG.

MAITRE DE CONFÉRENCES AGRÉGÉ HONORAIRE : M. BERGER.

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.	
P. DELMAS-MARSALET	Clinique des maladies nerveuses et mentales.
P. DERVILLÉE	Médecine légale et Médecine du travail.
R. MANDOUL	Zoologie et parasitologie.
R. CASTAGNOU	Toxicologie et hygiène appliquée.
J. REBOUL	Carcinologie.
P. MESNARD	Chimie organique et Chimie analytique.
R. GRANDPIERRE	Physiologie.
P. BROUSTET	Clinique médicale cardiologique.
N.	Clinique chirurgicale.
F. TAYEAU	Biochimie médicale A.
G. MAYER	Histologie et embryologie.
P. BLANQUET	Physique nucléaire appliquée et radiobiologie.
R. SARIC	Clinique médicale.
L. POUYANNE	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique.
J.-J. DUBARRY	Hydro-climatologie thérapeutique et clinique des maladies de l'appareil digestif.
F.-J. TRAISSAC	Clinique thérapeutique.
R. MAHON	Clinique d'accouchements.
R. PAUTRIZEL	Immunologie et biologie parasitaire.
Mlle G. ROUGIER	Biologie appliquée à l'éducation physique et aux sports.
G. MOUSTARDIER	Bactériologie.
E. BESSIÈRE	Clinique ophtalmologique.
H. LEGER	Anatomie pathologique.
J. MASQUELIER	Matière médicale.
G. MORETTI	Clinique médicale propédeutique et médecine tropicale.
N.	Clinique oto-rhino-laryngologique.
P. LAUMONIER	Clinique chirurgicale pleuro-pulmonaire.
J. LENG-LÉVY	Clinique médicale et des maladies infectieuses.
R. LETAC	Pathologie et recherche chirurgicales.
R. QUILICHINI	Pharmacie galénique.
E. NEUZIL	Biochimie médicale B.
R. STOLL	Biologie.
J. LANGE	Clinique urologique.
P. FRÉOUR	Hygiène et Clinique de pneumophtisiologie.
F. RIGAUD	Anatomie.
J. FAURE	Médecine expérimentale et physiopathologie.
N.	Clinique chirurgicale des maladies cardiaques.
J. VILLAR	Clinique gynécologique.
P. LE COULANT	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.
M. BERGOUIGNAN	Pathologie nerveuse et mentale.
J. DUHAMEL	Physique médicale et pharmaceutique.
R. BABIN	Pharmacie chimique.
H. CHOUSSAT	Pathologie médicale.
L. CHASTRUSSE	Clinique obstétricale.
P. VERGER	Clinique médicale des maladies des enfants.
F. LAPORTE	Chirurgie générale.
R. TINGAUD	Clinique chirurgicale.
H. LAUBIE	Botanique et cryptogamie.
Cl. RICHIR	Anatomie pathologique.
R. GOLSE	Chimie générale et Chimie minérale.
J. BAILENGER	Zoologie et biologie animale.
J.-Cl. COLLETER	Chimie analytique.
H. BRICAUD	Médecine générale.
P. BENOIT	Clinique odonto-stomatologique.
Cl. MARTIN-DUPONT	Clinique néphrologique
J. CANELLAS	Pharmacodynamie et hydrologie.
R. CANIVENC	Histologie.
G. DELORME	Electroradiologie.
J. DEPAULIS	Séméiologie chirurgicale.
J. RIVIÈRE	Séméiologie médicale.
H. DULONG DE ROSNAY	Bactériologie.
R. CROCKETT	Chimie organique et chimie analytique.
R. DARMAILLACQ	Chirurgie générale.
H. POUYANNE	Clinique neuro-chirurgicale.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM.	
J. DAVID-CHAUSSÉ	Médecine générale.
J. MARQUEVIELLE	Biochimie médicale.
M. BLANC	Neuro-psychiatrie.
Cl. MASSÉ	Chirurgie générale.
R. MARAUD	Histologie et embryologie.
P. DU PASQUIER	Bactériologie.
J. STAEFFEN	Médecine générale.
J.-P. DUBECQ	Obstétrique.
G. NEVERRE	Physiologie.
J. MEUNIER	Histologie.
A. SERISÉ	Hygiène.
P. FERRET-BOUIN	Physique médicale.
J. VIDEAU	Anatomie.
R. CASTAING	Médecine générale et thérapeutique.
P. BLANCHOT	Médecine générale.
L. DOUTRE	Chirurgie générale.
P. LOISEAU	Neuro-psychiatrie.
Cl. VRIGNAUD	Physique pharmaceutique.
P. SOURREIL	Dermato-vénéréologie.

MAITRES DE CONFERENCES AGRÉGÉS :

MM.	
R. JENSEN	Chimie biologique.
J. BROUSSIN	Electroradiologie.
R. TESSIER	Pneumo-phtisiologie.
Mme J. SÉCHET	Biochimie médicale.
C. LAGARDE	Carcinologie.
C. BÉRAUD	Thérapeutique.
H. LAZARINI	Médecine légale et Médecine du travail.
J. SOUMIREU-MOURAT	Obstétrique.
G. CABANIEU	Médecine générale.
R. LE LOURD	Pneumo-phtisiologie.
L. COURAUD	Chirurgie générale.
J. BENTÉGEAT	Hématologie.
L. ARNÉ	Médecine générale et thérapeutique.
Cl. MARTIN	Pédiatrie.
R. BAUTE	Cryptogamie.
V. DARGELOS	Microbiologie.
Mlle S. LARCEBAU	Toxicologie.
C. WONÉ	Médecine générale et thérapeutique.
J. JULIEN	Médecine générale et thérapeutique.
J.-J. BATTIN	Pédiatrie.
M. DALLOCCHIO	Cardiologie et maladies vasculaires.
J. AUBERTIN	Maladies infectieuses.
P. VÉRIN	Ophtalmologie.
M. GOT	Neuro-chirurgie.
J. TAVERNIER	Electroradiologie : diagnostic et thérapeutique.
J. VINCENT	Physiologie et explorations fonctionnelles.
L. CHEVAIS	Anesthésiologie.
G. GILLARDEAU	Anesthésiologie.
J. HONTON	Orthopédie et traumatologie.
M. BOMBART	Orthopédie et traumatologie.
A. HUGUES	Cancérologie.
M. SABATHIÉ	Anesthésiologie.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	
M. PORTMANN	Oto-rhino-laryngologie.
F. BALLANGER	Urologie.
P. BIRBIS	Chirurgie générale.
J.-P. CALAMEL	Chirurgie générale.
L. TEXIER	Dermato-syphiligraphie.
R. GENESTE	Orthopédie.
F. FONTAN	Chirurgie générale.
J. LASSERRE	Orthopédie.

AGRÉGÉS LIBRES

MM.	
G. FAUGÈRE	Obstétrique.
M. L'ÉPÉE	Médecine légale.
H. CABANIÉ	Anatomie.
L. CORCELLE	Ophtalmologie.

CHARGÉS DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFÉRENCES :

MM.	
P. BONJEAN	Anatomie.
M. LAHOURCADE	Parasitologie.
M. SENTENAC	Anatomie.
G. DELMON	Anatomie pathologique.
J. TRIBOULEY	Immunologie, sérologie.
F.-X. MICHELET	Stomatologie.
E. JOUZIER	Chimie biologique (Pharmacie).
L. PINSON	Oto-rhino-laryngologie.
F. COHADON	Neuro-chirurgie.
J.-Cl. ROQUES	Physique médicale.
P. ESCHAPASSE	Physique médicale.
J. PACCALIN	Médecine générale et thérapeutique.

Le Conseiller administratif, Chef des services administratifs
André ARGILAS.

L'Attaché d'administration universitaire, Directeur du cabinet :
Madame M. C. CHAPENOIRE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

Richard COUSTOU

n° 246

Thèse médecine soutenue le 19 Déc. 1969

Contribution à l'étude de la Syphilis osseuse

— 1969 —

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MES PARENTS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543910_0002

A FRANÇOISE

A DIDIER

AUX MIENS

A MES AMIS

Au Docteur Marc GENIAUX
Assistant Chef de Clinique

Au Docteur Jean-Marie TAMISIER
Assistant Chef de Clinique

Avec toute notre reconnaissance pour la bienveillance et l'amitié qu'ils ont bien voulu nous témoigner en guidant nos études de Dermatologie.

A NOS MAITRES DE L'EXTERNAT

Monsieur le Professeur J. DESPONS

Monsieur le Professeur P. FREOUR

Monsieur le Professeur L. ARNE'

Monsieur le Professeur L. TEXIER

Monsieur le Professeur P. LE COULANT

Puissions-nous nous montrer digne de l'exemple qu'ils nous ont donné.

Nous les prions de croire à notre gratitude et à notre profonde admiration.

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur L. TEXIER

Agrégé de Dermatologie et Syphiligraphie
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service

Mon cher Maître,

Vous m'avez accueilli et retenu dans votre Service, déterminant ainsi l'orientation de ma carrière.

Vous m'avez guidé dans mon travail et dans le choix du sujet de cette thèse. Je crains de ne pas toujours avoir été digne de la sollicitude que vous m'avez témoignée.

Veuillez accepter l'expression de ma gratitude et de ma fidélité.

Monsieur le Docteur J. HONTON

Maître de Conférences Agrégé d'Orthopédie
et Traumatologie
Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons été très sensible à l'amabilité avec laquelle vous avez accepté de siéger dans notre jury de thèse. Nous vous en remercions bien vivement.

Monsieur le Docteur L. ARNE

Maître de Conférences Agrégé de Médecine générale
et Thérapeutique
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service

Notre passage dans votre Service aura marqué toute notre vie de médecin. Soyez remercié de la bienveillance que vous m'avez témoignée pendant l'année où j'ai eu l'honneur d'être votre externe.

A NOTRE MAÎTRE

ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur P. LE COULANT

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et Syphilitiques
Médecin dermato-vénéréologiste des Hôpitaux, Chef de Service
Officier des Palmes académiques

Mon cher Maître,

Au cours des années que j'ai eu le privilège de passer auprès de vous, j'ai pu apprécier l'étendue de votre science et la qualité de l'enseignement que vous dispensez avec tant de bien - veillance à vos élèves.

Vous m'avez fait un très grand honneur en acceptant de présider cette thèse à laquelle vous avez bien voulu vous intéresser en me donnant de précieux conseils.

Veuillez trouver ici le témoignage de ma plus vive reconnaissance et de mon respectueux dévouement.

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA SYPHILIS OSSEUSE

INTRODUCTION - GENERALITES

I - INTRODUCTION.

Bien que tendant à réapparaître ces dernières années, la syphilis osseuse n'en reste pas moins une maladie rare.

Aussi la découverte dans un service de vénéréologie d'une observation caractéristique soulève-t-elle un grand intérêt parfaitement justifié. C'est ainsi qu'à la suite de l'entrée dans nos services d'un malade présentant une ostéopériostite des deux membres inférieurs, nos Maîtres Messieurs le Professeurs LE COULANT et TEXIER nous ont conseillé, d'une part, d'étudier particulièrement ce cas, et d'autre part, à cette occasion, de rechercher les mises au point récentes sur la question.

Nous avons ainsi pu constater que les études d'ensemble de la syphilis osseuse, remontaient déjà à quelques années et que les publications récentes faisaient plutôt état de cas isolés.

Il nous a donc semblé intéressant d'essayer de rédiger cette importante question en tenant compte des données modernes de syphiligraphie.

A l'occasion de cette étude nous avons été amené à explorer le fichier du Service de prophylaxie, afin de relever les observations de syphilis osseuse recueillies au cours des 40 dernières années.

II - GENERALITES.

La syphilis osseuse fut pendant très longtemps et jusqu'aux premières années de ce siècle, l'une des manifestations courantes de la syphilis puisque, selon STOKES, en 1928, 15 % des malades syphilitiques présentaient des lésions osseuses (70).

Par la suite, les méthodes modernes de traitement et en particulier l'apparition de la pénicilline, avaient à ce point fait régresser la maladie qu'on avait pu espérer en sa disparition. Si bien qu'il y a encore peu d'années le problème de la syphilis osseuse présentait un intérêt surtout historique (8).

Mais depuis quelque temps, il semble bien que pour des raisons diverses le nombre des syphilis "fraiches" connaisse une certaine recrudescence. Dès lors on peut se demander si en raison des aspects modernes atypiques de l'affection, souvent modifiés par des traitements locaux ou généraux intempestifs, des erreurs et omissions diagnostiques ne risquent pas de se produire malgré les moyens actuels de prophylaxie de dépistage et de traitement. Ces syphilis mal traitées ou non traitées parce que méconnues permettraient alors à la maladie de "vieillir en paix" en créant des lésions nerveuses viscérales et osseuses de plus en plus nombreuses.

Quoi qu'il en soit de leur fréquence, en ce qui concerne plus particulièrement les lésions osseuses de la syphilis objet de la présente étude, elles peuvent exister à tous les stades de son évolution :

- A la fin de la période primaire les atteintes osseuses sont rares et ne se manifestent que par des douleurs sans substratum anatomique véritable.

- A la période secondaire, les manifestations osseuses commencent à posséder vraiment leur individualité, revêtant quatre types principaux : Les ostéalgies, les périostites, les périostoses et exceptionnellement des lésions d'ostéite destructive.

- A la période tertaire prédominent les lésions gommeuses, nécrosantes et l'ostéomyélite gommeuse.

Lorsque le système nerveux est lésé, le squelette peut-être indirectement atteint par des troubles trophiques qui constituent les ostéo-arthropathies. L'atteinte primitive est donc ici nerveuse et non pas osseuse.

Aussi excluerons-nous ces ostéo arthropathies de notre propos pour ne traiter que les atteintes osseuses pures et d'emblée .

Enfin la syphilis congénitale entraîne des lésions osseuses dès la vie intra utérine, provoque dans les premiers mois de la vie le décollement épiphysaire de PAROT et certaines formes de périostite et donne plus tard des altérations comparables à celles de la syphilis tertiaire.

Toutefois, notre travail, sera limité à l'étude des formes osseuses de la syphilis acquise.

§§§§§§

P L A N

PREMIERE PARTIE : LA SYPHILIS OSSEUSE.

1 - Historique,

2 - Etiologie,

3 - Anatomie pathologique,

4 - Clinique,

5 - Etude radiologique,

6 - Examens biologiques,

7 - Formes cliniques,

8 - Diagnostic,

9 - Traitement.

DEUXIEME PARTIE : OBSERVATIONS DE SYPHILIS OSSEUSE,

recueillies dans les Services de Dermato vénéréologie Bordelais dans les 40 dernières années.

TROISIEME PARTIE : CONCLUSION GENERALE.

§§§§§§

PREMIERE PARTIE

LA SYPHILIS OSSEUSE

$$$$$

HISTORIQUE

Les manifestations osseuses de la syphilis ont été connues et décrites dès l'apparition de la maladie.

L'historique des lésions osseuses de la syphilis se confond donc avec l'histoire propre de la maladie et à tel point que c'est grâce aux lésions osseuses que les recherches modernes d'anthropologie et d'ostéo archéologie tentent de préciser la date d'apparition de la syphilis dans le monde et en particulier en Europe (53).

"La syphilis existait-elle en Europe avant le retour de Christophe Colomb de son premier voyage au nouveau monde ?", la question a été posée depuis longtemps et depuis le XVIème siècle souvent avec une chaleur particulière.

Mais, les travaux d'alors et qu'on a retrouvé concernant les maladies vénériennes sont d'une confusion telle que les arguments des tenants de la théorie précolombienne ne sont ni plus ni moins convaincante que ceux de la théorie colombienne. De toute façon le terme lui-même de syphilis ne fut forgé qu'en 1530. Il ne devint d'usage courant qu'au XVIIème siècle.

Mais aux siècles suivants, on ne faisait pas encore très bien la différence entre elle et la blénnorragie. L'anthropologie, disons si l'on veut, l'ostéo archéologie d'après les études en particulier du Professeur MØLLER CHRISTENSEN de Copenhague (53) semble témoigner en faveur de la thèse colombienne ou post colombienne.

Les examens d'ossements des tombes précolombiennes du Vieux Monde qu'on a pratiqués le long des dernières décennies du XIXème siècle et des premières du notre, ne font guère apparaître de traces évidentes de l'infection alors que les recherches analogues sur des débris osseux d'êtres qui furent inhumés vers l'an 1500 de notre ère, tant en Amérique du Nord que du Sud, présentant des lésions que l'on peut parfaitement attribuer à des accidents tertiaires.

"Mes propres recherches dit le Professeur MØLLER CHRISTENSEN me laissent la conviction que la syphilis apparut en Europe au retour de Colomb et se répandit aussitôt sur l'entier continent avec une vitesse explosive".

Au demeurant, si l'on admet la théorie qui veut que la syphilis soit née pendant l'ère paléothique et qu'elle ait existé en Europe dès les temps les plus reculés on pourrait s'attendre à en trouver des traces dans les vastes collections de matériel anthropologique des universités et des musées. Leur ensemble représente plus de 100.000 crânes et squelettes provenant d'Europe, d'Afrique, d'Asie, et d'Australie et les pièces les plus anciennes datent du néolithique, c'est-à-dire d'environ quinze siècles avant le Christ.

Il existe pourtant un problème de datation et toutes les pièces dont on n'a pu fixer avec exactitude la date avant 1500 d'avant notre ère, ont été écartés de l'étude. Par ailleurs, les difficultés de tels diagnostics sur ossements sont certaines. Cependant, entre 80 et 90 pour cent de ces restes sont des crânes sur les os desquels tant la syphilis que la lèpre, produisait des lésions

caractéristiques, alors que les altérations des os longs peuvent être confondues avec les séquelles osseuses de l'actino-mycose de la tuberculose et de certaines autres ostéopathies.

Au cours d'une étude de six mois en 1962 (52) en Angleterre, en Ecosse et en France, le Professeur MØLLER CHRISTENSEN a eu l'occasion d'examiner plus de 16.500 crânes et squelettes. Le résultat de ces fouilles et de cette étude semble prouver que les traces de syphilis n'apparaîssent vraiment qu'après l'an 1500.

En 1965, il est vrai, le Professeur D.G. ROKHLIN de Léningrad communiquait qu'il avait mis en évidence des lésions syphilitiques sur des squelettes provenant de Russie Centrale et de Sibérie et datant les plus anciens de 2000 ans avant J.C., les autres des Xème, XIème et XVème siècles de notre ère, ainsi que des XVIIème et XVIIIème siècles.

Le Professeur MOLLER CHRISTENSEN ayant examiné ces collections estime que l'origine de ces lésions exceptées celles datées des XVIIème et XVIIIème siècles est extrêmement contestable.

La théorie colombienne et la théorie précolombienne ont donc chacune leurs adeptes parmi les spécialites modernes. Cependant de nombreux auteurs, pensent qu'il existait des foyers en Europe et qu'ils se sont développés vers la fin du XVème siècle, au moment de la Renaissance et des guerres qui ont entraîné un brassage de la population. Le retour de Christophe Colomb aurait coïncidé avec ces événements mais on estime que ce ne sont pas les 30 ou 50 marins de ce dernier qui peuvent avoir implanté à eux seuls la maladie sur le vieux continent.

Il est bien difficile de réunir une documentation valable sur la maladie, ses formes et son extension pendant les siècles qui suivirent.

Toutefois, en raison de son caractère douloureux, c'est encore la syphilis du squelette qui a été une des premières manifestations permettant de reconnaître la nature de l'affection et des descriptions claires et précises des lésions caractéristiques apparaissent dans les écrits des premiers syphiligraphes. Mais il fallut attendre cependant 1801, pour que SWEDIAUR F. (73) rapporte une observation vraiment complète dans laquelle il décrit, périostites, exostoses, et corruption de la substance osseuse, comme représentant une véritable "carie" tout en affirmant "qu'aucun médecin connaissant ce sujet n'est capable de décider de façon certaine si la tuméfaction donnée est une lésion du périoste ou de l'os lui-même".

Plus tard, on citera les travaux de MAURIAC en 1872 (50) de LANCEREAUX en 1886 (44) de GANGOLPHE en 1894 (28) et de FOURNIER en 1906 (24).

LANCEREAUX est sans doute le premier à donner une description vraiment exacte de l'ostéite destructrice de la syphilis "précoce". Dans le cas qu'il rapporte il est en effet question d'une destruction de la voûte naso palatine et des frontaux apparaissant 1 an après le développement d'un chancre de la lèvre.

Il faut cependant reconnaître que ces anciens cliniciens de grand talent ne disposaient pas des facilités apportées par l'examen radiologique.

Depuis l'apparition de la radiologie en médecine des cas de plus en plus nombreux de lésions destructrices des os ont été rapportés.

Ceux publiés par NITCHEW L. (57),représentent les premières observations appuyées sur des preuves radiographiques.

Par la suite, JEANSELME et SEZARY (37) font une étude complète de la question aussi bien clinique que radiologique.

Dans les 30 dernières années, les observations de syphilis osseuse ont été nombreuses, mais les publications d'étude synthétique de la maladie l'ont été beaucoup moins.

Nous avons néanmoins retrouvé et consulté en particulier les études récentes de R.P. DELAHAYE et P. BOURSIQUOT 1967 (15) et de R. FEDOU et J.C. LIGOU 1969 (23).

$$$$$$

E T I O L O G I E

La cause effective de la syphilis osseuse est la présence du tréponème dans l'os, mais les causes précises de la localisation d'une syphilis sur les os sont ignorées.

Le tréponème peut d'ailleurs comme le font remarquer de nombreux auteurs et SCHNEIDER en particulier (63) rester "caché dans les corpuscules osseux" avant de créer les lésions osseuses que nous décrivons.

Il existe certainement des circonstances favorisant une localisation osseuse de la syphilis : il semble ainsi que toutes les causes extérieures "amoindrissantes" : (irritation locale, épanchement sanguin, traumatismes répétés, infections), puissent être invoqués.

Enfin, il ne semble pas y avoir d'atteinte osseuse syphilitique favorisée plus spécialement par un facteur racial, quoique FRAZIER (25) et coll., qui ont étudié la maladie en comparant des groupes de chinois de blancs et de noirs prétendent que 21 % des chinois atteints de syphilis secondaires présentent des localisations osseuses.

$$$$$$

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions osseuses de la syphilis si elles sont parfois multiples sont le plus souvent localisées.

LES OS LONGS, les plus fréquemment intéressés sont le fémur, les 2 os de l'avant bras et surtout le tibia baptisé par FOURNIER (24) "l'os chéri de la syphilis". Les phalanges sont beaucoupplus rarement atteintes. L'atteinte claviculaire classiquement signalée (14) présente une fréquence aujourd'hui controversée.

LES OS PLATS, notamment les os du crâne et des fosses nasales sont également atteints avec prédilection tout au moins dans la syphilis acquise de l'adulte comme en témoignent les statistiques de l'Ecole Lilloise (36).

LESION ELEMENTAIRE.

Sauf exception, la lésion élémentaire de la syphilis osseuse est constituée par le nodule gommeux, véritable entité qui signe l'affection et vieillit avec son évolution propre.

L'altération initiale réside dans une médullite à point de départ vasculaire. Les vaisseaux ne sont pas oblitérés comme dans la tuberculose qui est brutalement nécrosante.

Ils sont au contraire le siège d'une réaction d'endo et de périvascularité inflammatoire (54) avec infiltrat de "cellules rondes", lymphocytes et plasmocytes.

L'os étant très richement vascularisé d'une part, et possédant de grosses potentialités plastiques d'autre part, (richesse des ostéoclastes en hydrolases acides), les troubles vasculaires vraisemblablement par l'intermédiaire de variations de ph local entraînent des modifications de la structure osseuse soit dans le sens de l'ostéo clasie et de l'ostéo lyse soit dans le sens d'une néohistogénèse.

Aussi l'os touché voit sa structure bouleversée par des processus contraires : soit par des lésions d'ostéite raréfiante et nécrosante soit par des lésions d'ostéite hyper ostosante, soit d'une association des deux.

Quand au nodule gommeux il possède son évolutivité propre. Celle-ci ne se fait pas par caséification massive parce que les vaisseaux ne sont pas obturés, mais souvent les cellules les plus centrales se modifient prennent un aspect vitreux, perdent leur structure nucléaire, leurs membranes plasmiques se fragmentent et aboutissent à la formation d'une gelée gommeuse microscopiquement anhiste ou contenant des débris granuleux de chromatine. Cette nécrose gommeuse a une évolution centrifuge et dans les cas les plus avancés le tissu gommeux peut fuser dans les espaces cellulaires périosseux et même gagner les téguments pour s'ouvrir à la peau et donner une fistule, dont les bords sont classiquement "taillés à pic" laissant fuir un liquide visqueux.

Les cellules altérées peuvent aussi se résorber sans formation gommeuse. Il se produit une fibrose conjonctive cicatricielle ou une réaction d'enkystement fibro scléreux ou osseux (ostéite éburnante).

Enfin, s'il y a eu infection secondaire, un fragment osseux privé de connexions nourricières peut se modifier et donner un séquestre.

Mais le nodule gommeux bien qu'il constitue la lésion élémentaire la plus spécifique de la syphilis osseuse, n'est pas avec ses réactions osseuses avoisinantes, le seul élément anatomique de l'affection : il en existe d'autres qui isolés ou associés au précédent créent différentes formes anatomiques.

FORMES ANATOMIQUES.

Les périostites ou ostéopériostites sont des lésions superficielles surtout dans les stades de début. L'atteinte, toujours centrée par des lésions vasculaires, se situe au niveau des couches les plus profondes du périoste qui sont le siège d'un processus plastique important avec excès d'ostéoblastes et présence de tréponèmes en abondance.

Les ostéoblastes produisent un tissu osseux néoformé sous périostique dont l'adhérence à l'os, minime au début, va croissante.

Ces travées osseuses néoformées sont dites ostéophytes. Lorsqu'elles sont âgées, entièrement soudées à l'os, elles constituent : à la surface externe de l'os les exostoses et dans la cavité médullaire les énostoses.

Leurs canaux de HAVERS perdent toute orientation normale et peuvent être perpendiculaires à l'axe de l'os.

Les ostéites sont constituées par le tissu de l'os ancien lui-même.

. Ce tissu peut produire de nouvelles lames osseuses serrées, dures, épaisses, donnant une masse compacte et ivoirine : c'est l'éburnation de l'os par ostéite condensante.

. Inversement il peut être attaqué par l'inflammation venue des canaux de Havers. Ceux-ci s'élargissent, les trabécules s'encochent, s'entament et la substance calcaire primitive est érodée et remplacée par de la moelle enflammée : c'est l'ostéite raréfiante qui rend poreux l'os compact et prépare les fractures dites spontanées.

. Suivant la localisation la forme anatomique peut varier.

C'est ainsi qu'au niveau des os longs on observe surtout des productions osseuses étalées, lamelleuses : périostoses feuilletées pouvant faire un manchon complet à la diaphyse qui devient fusiforme ou massivement cylindrique.

Aux os courts au contraire on voit fréquemment l'ostéite raréfiante dont la moelle bourgeonne et souffle l'os.

L'ostéite gommeuse a pour particularité sa tendance à la mortification caséeuse.

La gomme circonscrite est relativement rare. Comme dans les autres organes elle a un contour sphéroïdal, évolue vers la fonte et se vide en laissant une cavité profonde dont les bords sont taillés à pic.

L'ostéopériostite gommeuse se voit surtout au niveau du crâne.

Le périoste adhère à l'os par places. Ces adhérences sont des bourgeons dont l'extrémité ramifiée pénètre dans l'os, mais s'en détache facilement. Le tissu de tels bourgeons s'il contient des fibres conjonctives est surtout celluleux et vasculaire et sa seule différence avec celui de l'ostéite raréfiante est qu'il se caséifie et fond laissant une perte de substance après sa fonte ou sa résorption.

Cette cavité peut être secondairement comblée par la réaction périphérique d'ostéite condensante.

Mais il subsiste toujours une dépression cernée d'ostéophytes ou obturée à défaut d'os par du tissu fibreux.

La voûte crânienne peut être ainsi entièrement "vermoulue", des sequestres peuvent s'y former ordinairement sertis par un bourrelet ostéophytique.

L'ostéomyélite gommeuse offre le même processus, mais centrifuge, dans les os qui possèdent une cavité médullaire.

C'est un travail d'intense ostéite raréfiante avec excavation ou soufflure d'une diaphyse, destruction extrême, véritable phagédénisme osseux devenu bien rare.

$$$$$$

C L I N I Q U E

Si la syphilis osseuse peut se manifester à tous les stades elle s'exprime essentiellement au moment des périodes secondaires et tertiaires.

I - PERIODE PRIMAIRE.

C'est exceptionnellement qu'on a pu observer des déterminations osseuses à la période du chancre (une quinzaine de jours après l'apparition de celui-ci).

Pour JEANSELME et SEZARY (37) celles-ci correspondaient sans doute aux décharges septicémiques de tréponèmes mises en évidence avant même l'explosion secondaire.

Il s'agit de douleurs diffuses comparables à celles de diverses infections à leur début mais qui peuvent prendre franchement comme en période secondaire le caractère intense des douleurs ostéocopes.

Encore plus rares sont les véritables réactions périostiques accompagnées de signes objectifs.

MAURIAC C. (50) a toutefois signalé un cas de périostose préroséolique.

L'allure de ces lésions objectives est la même qu'à la période secondaire dont nous verrons plus loin la description.

II - PERIODE SECONDAIRE.

C'est lors de la période secondaire que les manifestations osseuses commencent à posséder vraiment leur individualité.

Elles ont été décrites en premier lieu par FOURNIER et MILIAN cités par FEDOU et LIGOU (23) qui reconnurent leur caractère douloureux et leur fréquence plus grande chez la femme que chez l'homme.

Les atteintes osseuses n'occupent au demeurant qu'une place de deuxième ordre dans les manifestations secondaires de la syphilis.

Elles sont souvent le fait de syphilis confluentes (de SEZE et RYCKEWAERT)(65) c'est-à-dire des syphilis qui possèdent outre des manifestations cutanées abondantes des déterminations multiples muqueuses et viscérales.

Ces atteintes osseuses secondaires ont donc comme caractère principal d'être douloureuses. Les douleurs peuvent être diffuses et se méler à des douleurs articulaires ou musculaires de "courbature" infectieuse mais elles sont ordinairement restreintes à un groupe d'os (côtes) à un os (tibia, crâne) ou à 2 os symétriques.

Au point de vue cliniques, les lésions osseuses de la syphilis secondaire peuvent revêtir quatre types :

A) LES OSTEALGIES.

Elles sont localisées, intermittentes, et très souvent possèdent un maximum nocturne.

Selon qu'elles témoignent d'un foyer d'ostéite superficielle ou centrale la douleur provoquée par la pression ou la percussion est ou n'est pas observée.

La douleur spontanée ou provoquée prédomine, et FOURNIER insiste beaucoup sur ce fait, aux zones doublées de tissu fibreux : insertion des ligaments, tendons et aponévroses, sans doute à cause des tiraillements transmis par ces organes.

Il n'existe ni rougeur ni empâtement des régions douloureuses. En effet la moindre tuméfaction pourrait être perçue car de telles douleurs affectionnent les os superficiels (tibia, crâne, saillies osseuses des membres).

Enfin ces douleurs sont souvent extrêmement intenses et persistantes (douleurs ostéocopes secondaires) mais paradoxalement elles possèdent une labilité thérapeutique très spectaculaire.

B) LES PERIOSTITES.

Elles sont ordinairement douloureuses et on retrouve ici aussi le caractère vespéral ou nocturne des douleurs.

Mais surtout ces douleurs se traduisent extérieurement par une saillie apparue 2 à 3 jours après le début des douleurs : à son niveau la peau n'est modifiée ni dans sa couleur ni dans sa consistance, elle n'est pas adhérente.

Cette tuméfaction empâtée "bossulure étalée" (A. FOURNIER) (24) est d'étendue variable, généralement de quelques centimètres de diamètre seulement, et n'a qu'un relief peu accentué.

Molasse, elle occupe la surface de l'os dont elle fait partie intégrante, elle ne fluctue pas.

Elle est douloureuse à la pression (pression du bord du chapeau sur le front).

Ses sièges de prédilection sont :

- Le tibia sur lequel la lésion peut présenter 3 à 4 centimètres de longueur ou s'étendre parfois sur le tiers de la hauteur de l'os et il faut noter une préférence certaine de l'atteinte pour l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la diaphyse.

- Le crâne.

- Enfin classiquement la clavicule et le sternum seraient également atteints de façon préférentielle.

L'évolution des périostites de la syphilis secondaire est fonction de la thérapeutique.

Traitées elles présentent une résorption rapide (quelques semaines) et totale sans aucun reliquat.

Non traitées, une évolution spontanée se fait aussi quelquefois vers la disparition totale sans trace, plus souvent vers l'ulcération avec issue de liquide gommeux ou surtout vers la production de néoformation osseuse et de périostose.

C) LES PERIOSTOSES.

Elles traduisent la réaction ostéogéne du périoste enflammé.

Elles se présentent comme une saillie plus plate et plus étendue que celle de la périostite.

Les douleurs initiales s'estompent au bout de quelques semaines voire de quelques mois (en l'absence de thérapeutique) mais il persiste des inégalités plus ou moins ma melonnées qui, surtout du niveau de la crête tibiale, créeront une saillie raboteuse et inégale qui permettra très tardivement de porter un diagnostic rétrospectif de syphilis osseuse.

Les sièges d'élection des périostoses de la syphilis secondaire sont les bosses frontales et les os longs.

Il est par ailleurs classique depuis MAURIAC de signaler la périostose de l'aqueduc de FALLOPE bien rare, et qui serait cause de paralysie faciale.

Contrairement aux périostites le traitement déjà moins efficace sur les douleurs est le plus souvent impuissant à modifier les lésions osseuses.

D) LESIONS D'OSTEITE DESTRUCTIVE.

Elles sont beaucoup plus rares au cours de la période secondaire que les trois types cliniques précédents. Elles sont le fait d'atteintes d'ostéolyse locales avec réaction inflammatoire granulomateuse importante.

Ces lésions ont été particulièrement étudiées en 1942 par REYNOLDS et WASSERMANN (62).

De nombreuses publications de cas similaires ont contribué à préciser les caractères de l'affection. Nous avons relevé parmi elles, les études :

en 1940 WILE S.S. et WELTON D.G. (81)

en 1947 GLASER et SCOTT (30)

en 1950 - 1956 DUPERRAT - GUILAINE et VALETTE (19).

en 1952 THOMPSON et PRESTON (78)

en 1955 BONDET P. et TOMMASI M. (3)

en 1967 DUPERRAT et NOURY (18).

Plusieurs constatations se dégagent de ces différents travaux ainsi que de ceux de J. LASSERRE (45):

Les os longs sont plus rarement intéressés que les os de la voûte du crâne et parmi ceux-ci sont électivement frappés, le frontal et le pariétal.

L'apparition des lésions se fait dans les 6 premiers mois de la syphilis.

L'attention est le plus souvent attirée par une douleur de tête localisée à laquelle STOKES et GARGER (71) attachent une grande valeur diagnostique. On note le plus souvent à l'examen un aspect de tuméfaction localisée de périostite.

Enfin la thérapeutique est d'efficacité variable mais souvent bonne quoique la réparation radiologique soit lente : en moyenne 120 à 200 jours et parfois plus.

III - PERIODE TERTIAIRE.

A) CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE.

Elles sont très variables :

1- Les lésions osseuses tertiaires peuvent être latentes tout au moins à leur début n'étant révélées que par une radiographie faite pour d'autres motifs.

2- Inversement ces lésions surviennent parfois très rapidement après les accidents secondaires auxquels il leur arrive de succéder sur place lorsqu'ils ont été osseux.

Mais il est également possible qu'il s'écoule plusieurs dizaines d'années entre le début de la syphilis et l'apparition des lésions osseuses.

3- Les circonstances de découvertes classiques de la syphilis tertiaires sont :

- La douleur,
- Les modifications morphologiques,
- La gomme,
- La fracture spontanée,

mais avant de préciser les caractères de ces différentes manifestations il y a lieu de mentionner le rôle du traumatisme qui attire souvent l'attention sur une lésion latente ou qui précise l'évolution d'une lésion méconnue. On parle alors de syphilotraumatisme.

a - La douleur.

Elle constitue comme aux périodes précoces le signe révélateur le plus fréquent de la maladie. Cependant elle présente des caractères très particuliers. A majoration nocturne, elle revêt parfois une intensité insupportable et présente un caractère térébrant ou constrictif. Le malade a l'"impression qu'on lui broie, qu'on lui perfore, qu'on lui martèle les os". Cette douleur spontanée n'est guère influencée par la pression ; on l'appelle douleur ostéocope tertiaire, pour la différencier de la douleur ostocope secondaire car elle est plus profonde plus fixe et plus diffuse que celle-ci.

Enfin les localisations préférentielles de ces douleurs sont le tibia et le crâne.

b - Les modifications morphologiques.

C'est la déformation a bas bruit d'un segment de membre qui amène le malade à consulter. L'os intéressé se déforme ou s'épaissit progressivement. Parfois épaississement et déformation sont associés.

Parmi les os longs le tibia "enfant chéri de la syphilis" selon FOURNIER est le plus souvent en cause. De même R. TARDOS et V.A. TOMARI (75) sur 35 cas de syphilis osseuse en 1962, notent 30 cas d'atteinte tibiale.

Le tibia prend l'aspect caractéristique en "lame de sabre" suivant l'expression classique de LANNELONGUE et FOURNIER, présentant un aspect incurvé à convexité antérieure. (Cités par DELAHAYE et BOURSIQUOT (15)).

Les os de l'avant bras peuvent également être déformés.

Au niveau des os plats le crâne est essentiellement intéressé (FOURNIER). Il existe des renflements, des saillies de la voûte crânienne. Suivant le siège de l'augmentation de volume, on donne au crâne les noms de : front olympien si les deux os frontaux sont touchés et crâne natiforme, si ce sont les deux pariétaux.

On peut observer des altérations de forme nasale importantes. Elles résultent d'un processus d'ostéite avec élimination plus ou moins active de séquestes des os propres du nez.

Les variétés les plus importantes sont :

- "Le nez CAMARD" où la racine est aplatie,
- "Le nez en lorgnette" la partie inférieure du nez télescope la partie supérieure.
- "Le nez en pied de marmite" avec direction oblique en haut et en avant des orifices narinaires.

Le palais osseux peut également présenter des lésions destructrices.

Il faut enfin noter avant de clore ce paragraphe que les modifications de la morphologie osseuse au niveau du crâne et de la face peuvent entraîner une gène dans l'exercice des fonctions respiratoires et digestives. Elles peuvent en outre se compliquer d'accidents nerveux : méningite purulente, paralysie de certains nerfs crâniens. Toutes ces complications sont autant de circonstances de découverte possibles quoique évidemment exceptionnelles.

c - *La gomme.*

Elle peut apparaître spontanément ou succéder à un stade douloureux prémonitoire. En regard de l'os apparaît une infiltration des parties molles qui s'oedématient. La peau devient tendue et rouge. Par la suite elle prend une teinte violacée et un aspect contusiforme. Enfin elle se perfore, s'ulcère et livre passage à un liquide filant : la gelée gommeuse, témoin de la nécrose osseuse, plus rarement à de petites séquestres.

Les os les plus fréquemment atteints sont encore ici le tibia et le crâne.

d - *La fracture spontanée.*

C'est l'éventualité la plus rare. Pour SKAPINKER (68) et pour Mr. GLADDERY (29) elle survient essentiellement lors de syphilis osseuses évoluées et destructives.

Selon LAYANI (46) et J. LASSERRE (45) elle peut revêtir l'aspect clinique et radiographique des fissures squelettiques de LOOSER MILKMANN. Dans certains cas cet aspect s'expliquerait par une notion de carence d'étiologie rachitique ou par défaut d'assimilation.

Ce sont là les circonstances éventuelles permettant la découverte de la syphilis osseuse tertiaire. Elles témoignent en fait de deux grands types lésionnels : L'hypérostose et la syphilis nécrosante.

B) LESIONS OSSEUSES TERTIAIRES.

1 - L'hyperostose.

C'est la lésion osseuse tertiaire la plus fréquente, elle est due à l'ostéopériostite.

Douloureuse au début, la douleur s'atténuant par la suite et se réveillant par intervalles, l'hyperostose tertiaire donne à sa période d'état une tuméfaction fusiforme ou massuée de la diaphyse suivant qu'elle atteint la partie moyenne ou les extrémités de l'os.

Cette tuméfaction est souvent partielle en demi manchon ou en placard surajouté à l'os ancien. La saillie osseuse est à peu près permanente et peut exactement comme pour les périostoses de la période secondaire, servir au diagnostic rétrospectif sur les os longs et spécialement sur la crête tibiale.

A ce niveau comme à celui des autres os c'est l'hypérostose qui est en grande partie responsable des déformations que nous avons vu pouvoir être autant de circonstances diagnostiques de la syphilis osseuse tertiaire.

2 - La syphilis nécrosante.

Elle est surtout l'apanage des os crâniens (80) et nasopalatins. L'évolution est la même au début. Mais par la suite c'est cette forme de syphilis tertaire qui aboutit à cette ulcération large des parties molles à contour polycyclique avec un fond constitué par l'os nu, sonnant au stylet, dont la surface est éburnée ou vermoulus et appartient souvent à un séquestre sec, d'un brun verdâtre, tantôt mobile, tantôt incrusté dans la paroi.

La suppuration dans cette forme est souvent interminable ne cédant qu'à un nettoyage complet du foyer, que celui-ci soit spontané ou chirurgical.

L'atteinte destructive peut se rencontrer également au niveau de la colonne vertébrale. C'est la colonne cervicale qui est de préférence atteinte.

Quoique moins douloureuse à l'ordinaire que la tuberculose vertébrale ce "pseudo mal de Pott syphilitique" détermine un syndrome fonctionnel de contracture de lumbago torticolis etc...

La démolition osseuse est moindre que dans la tuberculose mais, peut parfois entraîner des subluxations graves par leurs conséquences statiques et nerveuses.

Tels sont les aspects cliniques de la syphilis osseuse. Comme nous l'avons vu ils sont extrêmement variés tant il est vrai qu'au niveau des os comme au niveau de la peau ou des viscères "la syphilis peut tout faire". Donc même dans les cas typiques où le diagnostic est évoqué par la clinique il faudra pour l'étayer l'appui des examens complémentaires, examen radiologique, et surtout sérologique. Quant aux aspects atypiques et rares de la syphilis osseuse ce sont souvent ces examens paracliniques pratiqués de façon systématique qui ferons seuls le diagnostic.

Parfois même les difficultés d'interprétation ou la négativité de ces explorations amèneront le clinicien à tenter un traitement d'épreuve spécifique dont l'efficacité permettra l'affirmation rétrospective de la maladie.

§§§§§§

R A D I O L O G I E

I - TYPES RADIOLOGIQUES.

Les variétés radiologiques de la syphilis osseuse sont assez superposables aux variétés anatomiques : l'hyperostose est objectivée par des images de condensation et d'épaississement, la résorption par des images de raréfaction osseuse, l'association d'hypérostose et de résorption par des images mixtes de condensation et de raréfaction.

C'est ainsi qu'on est en droit de décrire trois formes principales :

- Les formes condensantes pures,
- Les formes raréfiantes pures,
- Les formes mixtes.

A) LES FORMES CONDENSANTES PURES.

Classiquement elles sont observées au niveau de la diaphyse des os longs (tibia, péroné, fémur, clavicule, radius, cubitus) et des os plats (crâne).

Elles sont liées à l'importance de la néoformation sous-périostée qui entraîne la formation d'une gaine péridiaphysaire.

L'épaississement, s'il est la plupart du temps homogène et régulier peut se présenter sous un aspect feuilleté en pelure d'oignon.

La corticale antérieure est la plus fréquemment atteinte mais la condensation peut intéresser la corticale postérieure et les corticales externe et interne.

En général l'hypérostose est dense et sa distinction avec l'os ancien est impossible, les compacités étant comparables.

Quant à la cavité médullaire, elle est conservée dans les formes les moins évoluées, dans les autres cas elle peut être rétrécie par le processus de condensation ou même entièrement comblée par les énostoses.

A ces lésions hypérostosantes s'associent parfois les modifications morphologiques que nous avons déjà décrites au chapître clinique et qui sont bien sûr particulièrement visibles en radiologie : les os atteints présentent souvent une accélaration de l'ostogénèse et s'incurvent lorsqu'ils sont couplés avec un os sain.

C'est l'association de cette incurvation diaphysaire à convexité antérieure avec épaississement de la corticale antérieure qui donne l'aspect typique de "tibia en lame de sabre" de LANNELONGUE et FOURNIER.

B) LES FORMES RAREFIANTES PURES.

Elles se rencontrent plus rarement que les images de condensation pure.

Elles signent la présence de foyers d'ostéite gommeuse avec résorption osseuse.

On les observe surtout au niveau des os plats de la voûte du crâne et de la face, au niveau des os courts, et des métaphyses des os longs.

Elles se traduisent par la présence d'une lacune ou de plusieurs lacunes juxtaposées.

. Unique, la lacune est régulière, de formes arrondie ou ovalaire à contours nets bordés ou non. Il peut exister un aspect de soufflure de la corticale adjacente soit qu'il s'agisse d'une soufflure avec refoulement de la corticale soit qu'il s'agisse d'une reconstitution un peu excentrique de la corticale perforée.

. Multiples et c'est le cas le plus fréquent, les lacunes sont souvent cerclées d'un liseré de condensation osseuse (J. GADRAT) (27).

C) LES FORMES MIXTES.

A la fois raréfiantes et condensantes, ce sont elles les plus fréquemment rencontrées :

Elles visualisent le processus d'ostéopériostite gommeuse.

Elles associent en proportion variable les aspects précédemment décrits.

Parfois, elles se manifestent (WATRIN Antoine et coll. 79) par des zones spongieuses claires limitées par des travées fibreuses longitudinales et transversales donnant un aspect comparable à ce que WESTMANN cité par FEDOU et LIGOU (23) a décrit sous le terme de "structure en mosaïque".

Parfois, c'est la résorption osseuse qui domine. Elle se manifeste par l'existence de lacunes plus ou moins

limitées correspondant à des foyers gommeux. Cet aspect se rencontre, comme dans les formes pures de raréfaction osseuse, surtout au niveau des os courts des métaphyses et des épiphyses des os longs.

Parfois, au contraire, la condensation domine le tableau radiologique. L'os est épaissi mais troué d'une ou plusieurs lacunes. Cet aspect mixte, où la condensation l'emporte est volontiers observé au niveau de la diaphyse des os longs.

En fait, quoiqu'il en soit de ces types radiologiques, la syphilis est une et les différents tableaux sont conditionnés par le type d'os sur lequel la lésion réside (S. de SEZE et HUBAULT) (64). C'est la raison pour laquelle il nous a paru intéressant de décrire, à l'occasion de cette étude radiologique, puisque c'est elle qui rend le mieux compte des lésions osseuses, des formes topographiques.

II - FORMES TOPOGRAPHIQUES.

A) LES OS LONGS.

1 - Le tibia.

C'est, comme nous l'avons déjà vu, celui parmi les os longs qui est le plus fréquemment atteint.

On retrouve à son niveau les trois aspects radiologiques précédemment décrits :

Les formes condensantes y sont les plus fréquentes associées ou non à la déformation en lame de sabre.

. La zone métaphyso diaphysaire supérieure et externe est souvent le siège d'une condensation.

. Dans certains cas très évolués l'hypérostose intéresse presque tout l'os élargissant le fût diaphysaire et réalisant une condensation d'aspect marmoréen.

Dans la *forme raréfiante*, beaucoup plus rare on observe des lacunes régulières à contours nets, parfois bordés. Ces lacunes peuvent confluer progressivement.

Dans les *formes mixtes* la diaphyse, engainée par un épais placard de périoste, présente un aspect moucheté de la plage osseuse, dû à de petits îlots de condensation associés à des lacunes. Le dessin trabéculaire est remanié. La limite entre la cavité médullaire et la corticale n'apparaît pas nettement.

2 - Le Péroné.

Son atteinte est relativement fréquente. Il existe essentiellement une hypérostose avec épaississement des corticales.

3 - Le Fémur.

Il est plus rarement touché. On peut noter à son niveau les trois formes précédemment décrites. Une localisation rare est intéressante à relever au niveau du fémur : c'est l'atteinte du trochanter sous forme de trochantérite destructrice (61).

4 - Les os de l'avant bras.

Ils peuvent présenter une incurvation avec hypérostose ou une raréfaction avec aspects lacunaires ou une association des deux processus.

5 - La clavicule.

Elle peut être atteinte quoique ce soit avec une fréquence beaucoup moins grande qu'on a bien voulu le dire à une certaine époque (21).

Les lésions siègent surtout au niveau de son extrémité interne où l'hypérostose augmente de façon uniforme le volume de l'os.

On peut également objectiver dans cette portion interne de l'os des aspects raréfiants représentés par des lacunes.

6 - Les doigts.

La localisation digitale de la syphilis rarement observée (76) réalise la dactylite syphilitique.

Radiologiquement c'est une forme mixte décrite sous le nom de spina ventosa syphilitique.

Ici, contraitement à ce qui se passe dans le spina ventosa tuberculeux beaucoup plus fréquent, l'hypérostose l'emporte sur la soufflure.

B) LES OS PLATS.

1 - Les os du crâne.

Nous avons vu la fréquence avec laquelle ils sont touchés aussi bien à la période secondaire que tertiaire (36) et (62).

La forme condensante se traduit par une hypérostose des deux tables avec prédominance au niveau de la table externe. On peut également observer un aspect pommelé diffus du frontal et du pariétal.

La forme raréfiante est plus fréquemment observée. Les lésions provoquées par l'infiltration gommeuse se manifestent d'abord sous l'aspect d'ulcérations osseuses puis de perforation de la voûte. Elles donnent lieu à une lacune arrondie de contours nets parfois cernée par une bordure un peu dense et un peu floue, ou à des lacunes multiples petites et arrondies, ou enfin à une érosion ou perte de substance à l'emporte pièce de la table externe avec atteinte inconstante de la table interne et présence d'un séquestre.

2 - Les os propres du nez.

On observe essentiellement à leur niveau des aspects raréfiants consécutifs à l'évolution nécrosante. Les radiographies objectivent ici les déformations étudiées du chapitre clinique et causées par la fonte de la charpente ostéo cartilagineuse.

3 - Les maxillaires et le massif facial.

Le maxillaire supérieur et notamment la voûte palatine peuvent être atteints. Cette dernière est souvent perforée.

Deux formes principales sont observées :

. Le syphilome localisé qui se traduit par une lacune arrondie ou ovalaire non bordée, de contours distincts sans sequestre.

. Le syphilome diffus et nécrosant où se dessine, dans une zone claire un séquestre irrégulier souvent unique et très volumineux.

Parfois, l'os présente un épaississement du périoste.

Le maxillaire inférieur peut également être le siège de lésionsosseuses d'origine syphilitique mais cette localisation est plus rare (17).

4 - Les Os du tarse.

Le calcanéum est parfois atteint, et présente alors un aspect raréfiant avec images de lacunes à contours nets "à l'emporte pièce".

5 - Le rachis.

Les lésions osseuses rachidiennes autres que celles causées par les ostéo arthropathies tabétiques semblent être extrêmement rares.

En effet, BINGOLD A.C. (2) qui publie en 1962 un cas d'atteinte des troisième et quatrième corps vertébraux de la colonne lombaire, affirme avoir fait des recherches de cas semblables dans la littérature internationale et n'avoir trouvé que les cas suivants :

. en 1926, SINDING LARSEN (67) : un cas d'atteinte syphilitique des deux dernières vertèbres dorsales.

. en 1937, SPRUNG H.G. (69) : un cas de lésions des deux premières vertèbres lombaires.

. en 1941, SGALITZER (66) : trois cas d'atteintes syphilitiques de la colonne cervicale.

. Enfin en 1943, GOLDMANN C.H. et SMITH S.J. (31) et en 1944 HELFET (34) publient des radiographies de destructions vertébrales syphilitiques de la colonne lombaire.

De toute façon, lors de cette localisation rare il est impossible de dégager des signes radiologiques spécifiques. Le contexte clinique et surtout la sérologie et parfois le traitement permettent seuls de prouver que la syphilis est en cause.

En conclusion de cette étude radiologique il convient de rappeler avec TANGUY (74) que, quelles que soient les précisions apportées par les radiographies :

"Il ne faut jamais en pratique, affirmer par la seule radiologie, un diagnostic d'étiologie. Le diagnostic radiologique doit demeurer essentiellement topographique et descriptif. C'est une vérité qu'il convient de graver au frontispice des amphithéâtres où se donne l'enseignement de la radiologie".

§§§§§§

LES EXAMENS BIOLOGIQUES

I - LES EXAMENS SEROLOGIQUES.

A) LES EXAMENS SEROLOGIQUES CLASSIQUES.

Ils sont souvent positifs en cas de lésions osseuses spécifiques ou tout au moins beaucoup plus souvent qu'autrefois. On admettait en effet, avant 1950 que dans la syphilis tertiaire (et nous avons vu que c'était à cette période que les manifestations osseuses étaient les plus fréquentes) les tests sérologiques étaient souvent négatifs ce qui diminuait l'intérêt du séro diagnostic à ce stade d'évolution de la maladie.

Suivant les auteurs le pourcentage des réactions positives oscillait entre 23,7 % et 70 %.

Cependant l'utilisation du cardiolipide comme antigène (39) et de la méthode des dilutions ont permis d'augmenter la sensibilité de ces tests même dans le cas de la syphilis tertiaire. Sur la même série de malades les pourcentages de positivité étaient de 59,9 % avec la réaction classique de BORDET WASSERMAN et à 86,9 % avec l'antigène cardio lipidique (réaction du V D R L).

Ces antigènes cardio lipidiques permettent également une étude quantitative de la réagine et l'on sait tout l'intérêt de cette étude qui permet de juger de l'évolutivité de la syphilis d'une part et qui est d'autre part, en partie, le témoin de l'efficacité thérapeutique.

Le pourcentage exact de positivité des réactions sérologiques en cas de lésions osseuses est encore à l'heure actuelle diversement apprécié selon les auteurs. Cependant nous pourrons prendre comme référence l'étude publiée par MM. HURIEZ, VAN DEN DORP, DESMONS et PELCE (36): sur 27 cas de syphilis osseuse recueillis en 30 ans, tous sauf deux avaient une sérologie franchement positive.

Pour pouvoir accorder toute leur valeur aux réactions sérologiques pratiquées il faut tenir compte de la période de la syphilis à laquelle se développent les lésions osseuses.

En effet, si à la phase secondaire de la maladie il est tout à fait exceptionnel d'observer des négativités, à la phase tardive par contre les réactions peuvent être négatives. Cela peut s'expliquer par le "phénomène de zone" qui donne un résultat négatif (60). PAUTRIZEL et coll. ont étudié un certain nombre de sérums présentant un phénomène de zone à la réaction de KLINE. Les sérums provenant de syphilis anciennes ne présentaient pas tous un titre élevé d'anticorps si bien que l'explication classique d'inhibition par excès d'anticorps n'est pas seule valable.

Il faut admettre avec ces auteurs qu'au cours des infestations de longue date, il y a une modification de la qualité de l'anticorps devenu moins apte à réagir avec l'antigène dans les conditions habituelles.

Quoiqu'il en soit la constatation de ces négativités possibles a été à l'origine de la méthode de "réactivation sérologique" basée sur le fait que de faibles doses d'arsénobenzol ou quelques injections de cyanure peuvent positiver les réactions.

Cette méthode qui a surtout été utilisée pour s'assurer de la guérison d'une syphilis ancienne est pratiquement abandonnée. En dehors du risque qu'elle fait courir de réactiver des lésions viscérales et nerveuses elle a perdu son intérêt surtout depuis le recours au test de NELSON.

B) LE TEST DE NELSON.

Il est en effet pratiquement toujours positif en période secondaire et tertiaire et en cas de lésion viscérale ou osseuse.

Il semble cependant possible de trouver des lésions syphilitiques authentiques, en particulier osseuses, avec une sérologie classique, et un test de NELSON négatifs, c'est ici que trouve tout son intérêt un examen peu pratiqué mais néanmoins très intéressant : le luotest.

II - LE LUOTEST.

Il met en évidence l'allergie dans la syphilis. Il consiste en l'injection intradermique de 0,10 à 0,20 ml de suspension tréponémique appelée luétine au niveau de la région deltoïdienne. La réaction positive se traduit par l'apparition au point d'inoculation en deux à trois jours d'une papule érythémateuse de diamètre variable pouvant devenir parfois vésiculeuse ou nécrotique. L'infiltration est maxima au quatrième jour et persiste pendant une quinzaine de jours.En fonction du diamètre de la papule et de son infiltration, la lecture peut être reportée par + ++ +++ ++++. Ce luotest a été appliqué en France (11) en 1941 par DEGOS utilisant la luétine de MULLER et BRANDT préparée à partir d'orchites syphilitiques de lapins inoculés avec plusieurs souches de Tréponèmes.

Depuis la mise au point du test de NELSON (1949) il est possible de disposer de suspensions riches en Tréponèmes pathogènes, relativement libres de débris tissulaires, utilisables en intra dermo réaction après traitement par le formol.

Cette luétine constituée de tréponèmes formolés en suspension dans l'eau physiologique a été largement utilisée notamment par SIMERAY, GATI, THIVOLET et SOLUER à Lyon par RANQUE, TRAMIER et CHARPY à Marseille, HURIEZ à Lille.

La réaction est négative aux phases primo secondaires de la syphilis elle est constamment positive dans les formes de syphilis tardive à manifestations cutanées, cardiovasculaires et osseuses.

Ainsi donc, le luotest peut être un argument positif en faveur de la syphilis lorsqu'on se trouve en présence de lésions osseuses développées à une période tardive de la maladie, alors même que les réactions sérologiques et le test de NELSON sont négatifs(12 et 35).

Avant de clore ce paragraphe d'étude immunologique et sérologique il est nécessaire quoique nous devions y revenir plus loin dans ce travail, d'envisager tout de suite le problème des autres tréponématoses, on sait en effet que le groupe des tréponèmes pathogènes pour l'homme comprend :

Tréponéma Pallidum : agent de la syphilis,

Tréponéma Pertenue : agent du Pian,

Tréponéma Carateum : agent de la Pinta.

En outre les tréponèmes responsables :

- du béjel d'Asie Mineure et de la Méditérranée orientale.

- de la syphilis endémique des Balkans et de certaines régions d'Afrique.
- du Njovéra de la Rhodésie du Sud.
- du dichuwa du Betchuanaland et du siti de la Gambie.

Sont considérés comme identiques à Tréponéma Pallidum, or le Pian en particulier est responsable de lésions osseuses, que nous décrirons plus tard, extrêmement semblables à celles causées par la syphilis.

D'autre part, en raison des très étroites parentés antigèniques existant entre les tréponèmes pathogènes, la sérologie des tréponématoses représente un exemple typique de réactions croisées. Il est impossible de distinguer les différentes tréponématoses sur le plan sérologique. La réagine de WASSERMANN apparaît aussi bien au cours du Pian que de la syphilis. Le test de NELSON peut aussi bien être effectué avec T Pallidum qu'avec T Pertenue pour détecter l'anticorps immobilisant chez les syphilitiques.

Nous voyons donc le difficile problème diagnostique posé lorsqu'on se trouve devant un malade :

- porteur de lésions osseuses,
- ayant séjourné en pays tropical,
- même si la sérologie est positive.

Il semble dans le doute et nous y reviendrons au chapître du diagnostic différentiel qu'il faille adopter en pays d'endémie le concept pratique de tréponématose (F. PAGES et coll.) (59) et préconiser un traitement antisyphilitique.

III - RECHERCHE DE TREPONEMES PAR BIOPSIE.

La biopsie osseuse est très rarement pratiquée d'autant plus que la découverte de tréponèmes y est exceptionnelle.

Cependant, THOMASON H.A. et MAJORAL en 1940 (77),

STOKES S.H. en 1945 (72)

et NABARRO D.en 1954 (55)

ont publié des observations dans lesquelles ils ont trouvé des tréponémes dans des lésions osseuses précoces ou mêmes anciennes mais ceci même pour ces auteurs reste une exception.

§§§§§§

FORMES CLINIQUES

Elles sont innombrables, ne seraient-ce que les formes symptomatiques. Notre but ici n'est pas d'en faire une étude complète mais plutôt de souligner certaines formes qui sortent du cadre classique de notre étude.

I - FORMES TOPOGRAPHIQUES.

Nous ne reviendrons pas sur leur étude, niveau par niveau, que nous avons effectuée lors de l'examen radiographique mais nous voudrions citer ici quelques cas de formes diffuses ou plutôt de formes à localisations multiples :

Les lésions touchent :

- La zone métacarpienne droite, le coude gauche et le crâne, avec aspect en dentelle à ce niveau dans l'observation de MERZ, DUVAL et DUROUX (51).

- Les humérus, les fémurs, les cubitus et radius et les os de jambe, dans l'observation de Mme Bertrant FONTAINE et de MM. DRAMEZ, DELAYEUN et LABRAM (1).

- Les os des jambes, des avant bras, les côtes flottantes des deux côtés, et les os du crâne, dans le cas de MM. BONJEAN, PAPET, SEKKAT et PRIME (4).

II - FORMES TROMPEUSES

A) FORMES PSEUDO TUMORALES.

Elles sont heureusement rares car leur diagnostic est particulièrement délicat. Elles simulent une tumeur bénigne ou surtout maligne et on se rendra compte de la difficulté d'identification de la syphilis dans ces cas lorsque nous aurons vu que, même dans leurs formes classiques et typiques, les lésions osseuses de la syphilis sont déjà difficiles à distinguer des tumeurs osseuses et de l'ostéo sarcome en particulier.

Nous avons relevé quelques observations de formes pseudo tumorales :

- En 1949 LAMARQUE, BETOULIERES et LEVRIER (43) rapportent deux cas de lésions syphilitiques d'aspect pseudo tumoral : l'un à type d'ostéo sarcome du radius, l'autre à type de métastase du tibia, ayant entraîné tous deux des erreurs diagnostiques au début. A cette occasion les auteurs rappellent qu'après avoir effectué des recherches dans la littérature internationale ils n'ont retrouvé que 12 cas semblables.

- En 1952, COSTE et BOUREL (9) publient une forme pseudo sarcomateuse de lésion syphilitique du fémur.

- et en 1954, ETIENNE, LAPEYRIE et LISBONNE (22) : un cas de syphilis du tibia à forme de tumeur à myéloplaxe.

- Enfin en 1964, NATHAN et LAWSON (56) décrivent un cas "d'ostéomyélite syphilitique de la mandibule" ressemblant cliniquement à un carcinome intra oral.

B) FORMES AVEC EXOPHTALMIE.

Les lésions syphilitiques du crâne peuvent être la cause d'exophtalmie bi ou unilatérale de diagnostic bien difficile si l'exophtalmie représente le maître symptôme.

1 - Exophtalmie bilatérale.

Elle est généralement due à une ostéo pétrose diffuse orbitonasale d'origine syphilitique.

Nous citerons pour exemple l'observation de DEJEAN, VIALLEFOND, BOUDET, et BOULARD (14), avec exophtalmie bilatérale mais beaucoup plus marquée à gauche qu'à droite. Du point de vue radiographique les auteurs ont constaté :

"Une transformation de la structure des os de la face avec important épaississement et condensation osseuse du crâne et du massif facial. Les os paraîssent denses et éburnés. La région péri orbitaire gauche est très épaissie et dense, comblant presque entièrement les cavités sinusales du maxillaire et du frontal. Le volume des orbites est considérablement diminué".

2 - Exophtalmie unilatérale.

C'est la conséquence possible d'une lésion frontale syphilitique de type ostéitique.

Parmi les observations très rares d'exophtalmie unilatérale par ostéite frontale syphilitique nous avons relevé celle de MM KIPFER et KOCHNEVIS (41) : chez une femme sans antécédents suspects l'apparition de céphalées frontales intenses et d'une exophtalmie unilatérale en quelques semaines avait fait évoquer le diagnostic de méningiome.

La sérologie pratiquée de façon systématique et l'épreuve thérapeutique orientèrent vers le diagnostic d'ostéite syphilitique. Les auteurs font état de cas semblables étudiés par BONNET (5) et par DOLLFUS et ESCALIER (16).

C) FORME AVEC MANIFESTATIONS NEVRITIQUES COMME 1er SIGNE.

Cette forme a été décrite par E.M. KLAUSBERGER (42). Il s'agissait d'une maladie hospitalisée pour une double névrite du plexus brachial très douloureuse spontanément et à la palpation des troncs nerveux.

Les radiographies montrèrent des lésions osseuse ostéolytiques et ostéo phytiques au niveau de l'humérus et du crâne.

Le B.W était positif ainsi que le luotest.

Le malade fut spectaculairement améliorée par le traitement spécifique.

III - FORMES RACIALES.

Nous verrons au chapître du diagnostic les problèmes que pose les lésions spécifiques osseuses chez le noir : syphilis ou Pian ?

Rappelons ici la fréquence toute particulière observée par FRAZIER (25) des lésions osseuses chez les chinois atteints de syphilis secondaire.

Telles sont quelques formes particulières de syphilis osseuse. Nous avons voulu les évoquer à part, pour souligner s'il en était besoin encore, à quel point la syphilis "peut tout faire".

§§§§§§

D I A G N O S T I C

Dans les formes typiques le diagnostic est relativement facile à condition de l'avoir présent à l'esprit et de le discuter sans idée préconçue : la clinique, le caractère des douleurs, l'atteinte privilégiée de certains os permettent de l'évoquer souvent avec de fortes présomptions. Le secours de la radiologie et surtout de la sérologie et de l'épreuve thérapeutique permettent alors de lever les doutes qui pourraient subsister.

Mais dans les formes atypiques, hélas fréquentes, lorsque le clinicien n'était pas aidé par la sérologie et même à l'heure actuelle quand celle ci n'est pas démonstrative, le diagnostic de syphilis osseuse était et reste encore très difficile. Cette difficulté diagnostique a été souligné par de nombreux auteurs (HEBERER en particulier) (33) et fût à l'origine de fâcheuses erreurs de diagnostic et bien sûr de traitement (longues immobilisations, appareillages, interventions mutilantes etc...) Le cas rapporté par COMPERE (74) d'une malade ayant subi de multiples curetages puis une amputation avant que le diagnostic de syphilis tertiaire ne soit porté en est une bonne illustration.

De toute façon l'identification de la spécificité des lésions osseuses dépend en grande partie de la période de la maladie à laquelle on se trouve :

I - Du point de vue clinique il sera souvent facile à la *PERIODE SECONDAIRE* d'éliminer toute autre inflammation ou infection du squelette. En effet d'une part les signes positifs cutanés de syphilis secondaire et d'autre part, l'absence de signes de toute autre infection (typhoïde, scarlatine, frippe, blennorragie etc...) rendent le diagnostic relativement aisé.

II - Il n'en est pas de même à la *PERIODE TERTIAIRE* où les problèmes de diagnostic sont quelquefois plus difficiles.

Les douleurs ne s'accompagnent pas de l'abondante floraison des symptômes secondaires et il faut chercher avec soin les signes cutanés ou muqueux attardés : cicatrices rondes, groupées, pigmentées, la leucoplasie, les petits signes réflexes oculaires, aortiques etc... d'une syphilis déjà mûre.

Il faut rechercher sur le squelette aux points d'élection tibiaux, crâniens, les irrégularités d'une syphilis osseuse antérieure. L'acuité térébrante, le caractère nocturne des douleurs, l'absence de réaction générale à défaut de tout commémoratif imposent les réactions sérologiques et autorisent parfois le traitement d'épreuve.

Qoiqu'il en soit de la clinique c'est la plupart du temps sur les clichés que l'on discutera des problèmes qui se posent :

A) DEVANT UNE FORME HYPEROSTOSANTE PURE.

S'il existe un feuilleté cortical en pelure d'oignon on discutera un sarcome d'EWING.

S'il existe une exostose celle-ci sera distinguée sans perdre en particulier par les antécédents des cals et des exostoses traumatiques.

B) DEVANT UNE FORME MIXTE AVEC CONDENSATION OSSEUSE.

Trois grandes affections sont à différencier de la syphilis osseuse :

. La tuberculose

. L'ostéomyélite

. Les tumeurs osseuses.

1 - La tuberculose.

Elle est douloureuse, notamment à la pression mais sans exagération nocturne. Elle affecte surtout des sujets jeunes. L'adénite est un signe très important, comme l'abondance de fongosités, de la suppuration, des fistules tortueuses et déchiquetées, des séquestres multiples et volumineux. De plus la tuberculose est volontiers épiphysaire. Enfin l'état général y est altéré avec anémie, fièvre, émaciation etc...

A l'examen radiologique on note la pâleur de l'os décalcifié en dehors même du foyer et l'aspect diffus, anfractueux de ce dernier dont le contour devient nébuleux et s'efface au lieu d'être comme si souvent dans la syphilis souligné (au moins par places) par des traits vigoureux dus à l'hyperostose éburnante. De toute façon les réactions sérologiques et le traitement d'épreuve trancheront les cas douteux.

2 - L'ostéomyélite.

L'ostéomyélite chronique post traumatique se différencie de la syphilis :

. Par l'histoire de la maladie : traumatisme ancien, souvent une fracture ouverte avec séquestre "en grelot", blessure de guerre avec, parfois, fragments métalliques dans l'os ou les parties molles.

. Par les séquestres souvent volumineux.

. Par le développement de la périostose souvent plus important que dans la syphilis et dont les bords sont plus irréguliers.

L'ostéomyélite des adolescents montre souvent des images de condensation diffuse qui radiologiquement, peuvent ressembler beaucoup à la syphilis surtout quand celle-ci se manifeste sous forme d'ostéite condensante. Mais là encore les anamnestiques et la sérologie permettent d'éviter la confusion.

3 - Les tumeurs osseuses.

Elles peuvent poser des problèmes très aigus, d'autant que, comme nous l'avons vu au chapître des formes cliniques, la syphilis peut emprunter une symptomatologie pseudo tumorale.

C'est certainement l'ostéosarcome qui pose avec la syphilis osseuse les diagnostics différentiels les plus ardus.

Dans l'ostéosarcome la tuméfaction augmente rapidement :

- La lésion est restreinte à un seul os. Sa surface est régulière mais de consistance inégale avec des points mous où l'on trouve quelquefois à la pression une crépitation "parcheminée".

- Les téguments n'ont pas d'aspect inflammatoire mais sont parcourus par un réseau veineux très riche.

- La fracture spontanée est précoce vite suivie d'une augmentation de volume désormais irréductible.

Au point de vue radiologique on se souviendra que les spicules périostiques de la syphilis sont plus denses et plus irrégulièrement orientés que dans l'ostéosarcome.

De toute façon le malade porteur d'un ostéosarcome voit son état général s'altérer rapidement en même temps que surviennent les complications. Il faut donc se hâter de pratiquer des examens sérologiques et s'il y a lieu un traitement d'épreuve.

En dehors de la tuberculose, de l'ostéomyélite, et des tumeurs osseuses, on pourrait discuter devant une syphilis osseuse à formes mixtes :

- La maladie de Paget,

- certains kystes essentiels,

- Quand aux mycoses osseuses primitives elles sont d'une rareté exceptionnelle. Si elles ne viennent pas à intéresser les parties molles, à s'abcèder et s'ouvrir à la peau, elles restent pratiquement impossibles à diagnostiquer.

C) DEVANT DES LESIONS D'OSTEO PERIOSTITE GOMMEUSE chez un sujet de race noire.

Il faudra discuter le PIAN (13) et (32). Nous ne reviendrons pas sur la symptomatologie cutanée de cette affection.

Quant aux lésions osseuses (et articulaires) elles constituent à côté des lésions cutanées le grand facteur de gravité de l'affection lorsqu'elles sont laissées à leur évolution spontanée, ou trop tardivement traitées.

Ces lésions peuvent survenir tout au long de l'évolution de la maladie qui se divise comme la syphilis ou plutôt que l'on divise artificiellement comme elle en 3 périodes.

Elles ne sont pas rares dès les premiers mois de la phase secondaire, elles touchent près de 40 % des sujets porteurs de lésions tardives.

Les atteintes osseuses peuvent être la conséquence des ulcérations cutanées tertiaires capables de creuser jusqu'à la nécrose des os de la face ou jusqu'à l'amputation des doigts et des orteils.

Ou bien elles sont primitives et atteignent secondairement la peau par ulcération ou fistulisation.

Ce sont des épaississements ostéo périostiques diaphysaires ou des gommes osseuses et sous périostées donnant à la diaphyse des os longs un aspect soufflé mais pouvant aussi intéresser les épiphyses et les surfaces articulaires.

Les lésions de l'os proprement dit sont des pertes de substances qui constituent de véritables géodes en nid d'abeilles creusées comme à l'emporte pièce dans le tissu osseux. Autour de ces géodes on observe le plus souvent une condensation osseuse avec hypérostose entourée de zones de décalcification. Le système trabéculaire anatomique est à peu près intact, le canal médullaire est souvent effacé.

De ces lésions résultent des déformations dont les plus connues sont les tibias en lame de sabre, les spina ventosa des doigts, mais qui peuvent toucher n'importe quelle partie du squelette.

Au total, toutes les altérations décrites dans la syphilis osseuse peuvent se rencontrer dans le Pian.

Mais il faut souligner que dans la syphilis d'aujourd'hui leur importance et leur fréquence n'ont plus aucun rapport avec celles qu'il faut leur attribuer dans le Pian.

Au cours de cette affection, elles contribuent avec les cicatrices, des ulcérations cutanées à laisser des déformations et des rétractions monstrueuses entraînant une invalidité importante.

A part cette notion de fréquence donc rien ne permet cliniquement de distinguer la syphilis du Pian et le "doute demeure souvent" (48).

Et ce n'est pas non plus le laboratoire qui aidera le praticien puisque nous avons vu au cours de notre étude biologique que les réactions sérologiques étaient communes aux deux affections tant pour les réagines que pour les immobilisines ainsi que les réactions allergologiques.

Nous aborderons à part, pour terminer le problème du Goundou. En effet, si cette "ostéite hypertrophiante symétrique des apophyses montantes du maxillaire supérieur"semble souvent en relation avec le Pian, on peut pourtant la rencontrer dans des régions indemnes de cette affection si bien que certains la considèrent comme un syndrome d'origine tantôt pianique tantôt syphilitique.

En conclusion , répétons ici que la distinction entre syphilis et Pian, surtout au stade de lésions osseuses importantes, reste en fait, seulement un problème de nosologie et qu'il faut adopter aujourd'hui le concept de tréponématose endémique et préconiser un traitement qui pour les deux affections, est identique dans ses modalités et dans son efficacité.

D) DEVANT L'ASSOCIATION DE LESIONS OSTEOMALACIQUES ET DE LESIONS DE SYPHILIS OSSEUSE.

Cas rare mais qu'il faut signaler avant de clore ce chapître de diagnostic différentiel il faudra savoir

faire la preuve de l'origine thérapeutique (bismuth) de l'ostéomalacie (BOUDIN, BARBIZET, et LABRAM (7)

Au total le diagnostic positif de syphilis osseuse s'appuiera :

- Sur la découverte de lésions osseuses multiples dont l'une au moins possède un aspect radiographique évocateur (SKAPINKER 68).

- Sur la présence d'autres stigmates typiques de syphilis.

- Sur la positivité des réactions sérologiques :

. En sachant la nécessité dans le cas de sérologies discordantes d'étudier le dosage quantitatif du taux de réagines, voire du test de Nelson.

. En se rappelant l'ambiguité des tréponématoses chez les noirs.

- Accessoirement sur la biopsie osseuse qui rencontre rarement des tréponèmes.

- Sur le traitement d'épreuve qui sera d'autant plus efficace que les lésions seront jeunes ou gommeuses.

$$$$$$

TRAITEMENT

Avant d'envisager le traitement de la syphilis osseuse il convient de dire un mot de l'évolution de la maladie sans thérapeutique. Livrées à elles-mêmes en effet, les lésions osseuses subissent au bout d'un certain temps une certaine régression et une réparation du fait des processus d'ostéogénése.

Nous prendrons pour exemple l'observation publiée par GADRAT en 1956 (26). Il s'agissait d'une malade qui était âgée de 80 ans en 1956 et dont l'auteur a pu suivre les lésions osseuses syphilitiques multiples et polymorphes pendant 25 ans, car depuis 1931 la malade avait refusé catégoriquement tout traitement.

25 ans après donc l'état général et fonctionnel était très satisfaisant et les réactions sérologiques presque entièrement négativées.

Quant aux lésions osseuses : les gommes étaient réparées avec rétablissement d'une architecture osseuse trabéculaire parfaite au niveau de l'extrémité inférieure de l'humérus et plus grossière au niveau des têtes humérales. Par contre les lésions d'hypérostose étaient à peine diminuées au niveau de la diaphyse fémorale.

I - LES METHODES THERAPEUTIQUES.

Le traitement de la syphilis osseuse ne présente aucune différence avec celui de la syphilis tardive.

Nous ne reviendrons pas sur les très nombreux schémas thérapeutiques proposés par les différents auteurs.

a - La pénicillino thérapie.

Elle reste la base de ce traitement qu'elle soit associée ou non à une cure bismuthique de consolidation. Nous rappellerons ici que l'ECOLE BORDELAISE ainsi que de nombreux auteurs français utilisent pour le traitement de la syphilis tardive et donc pour celui de la syphilis osseuse la pénicilline seule sous forme de Flocilline à une dose variant de 12 à 18 millions d'unités administrée avec les précautions d'usage.

b - Certains auteurs (GADRAT) emploient la méthode suivante :

"cyanure de mercure intra veineuse à la dose d'un centigramme par jour (la première injection pouvant être de cinq milligrammes) sous surveillance quotidienne de l'état rénal et gingival ; la cure est prolongée pendant 20 jours. Ultérieurement un traitement habituel de la syphilis viscérale tardive sera entrepris", et FEDOU et LIGOU (23) avec GADRATinsistent tout particulièrement sur l'emploi de l'iodure de potassium.

c - Parmi les antibiotiques autres que la pénicilline et qui sont employés surtout en cas d'intolérance à celle-ci nous ne citerons dans le cas de la syphilis osseuse que l'auréomycine qui a pu donner de très bons résultats (10).

II - INCIDENTS.

Malgré les précautions employés à l'heure actuelle pour commencer le traitement spécifique on peut observer souvent des réactions qui peuvent se rattacher à la réaction à HERXHEIMER.

THOMASON et MAYORAL (77) signalent ainsi que le début du traitement est souvent suivi par une exacerbation importante de la douleur qui dure 12 à 36 heures puis l'amélioration commence à se faire sentir.

III - RESULTATS.

Quelle que soit la méthode de thérapeutique employée les résultats sont à peu près constants.

Les signes fonctionnels disparaissent en général de façon assez spectaculaire.

Quant aux signes cliniques et radiologiques le degré de leur amélioration dépend du type et de l'ancienneté des lésions.

On peut avec BOUCOMONT (6) d'une part, et FEDOU et LIGOU (23) d'autre part, schématiser ainsi l'évolution des lésions osseuses syphilitiques traitées :

. La syphilis raréfiante et nécrosante, qui touche l'os spongieux et donc la métaphyse des os longs, est très sensible à la thérapeutique, les gommes disparaissent ainsi que les douleurs mais les brêches persistent.

. L'ostéo périostite hypérostosante qui touche l'os compact et la diaphyse des os longs est plus rebelle au traitement. Celui ci est efficace sur la douleur de façon très spectaculaire, peu efficace sur la tuméfaction osseuse.

Quant à l'aspect radiologique il reste lui aussi inchangé. Il en fut ainsi pour la malade de MARILL et Melle HADIDA (49) pour laquelle un traitement de 15 millions d'unités de pénicilline suivi de 21 injections de bismuth en 11 semaines amena une amélioration clinique évidente mais peu de modifications radiologiques.

Parfois la thérapeutique demande pour agir un laps de temps assez long.Ainsi chez le malade présenté par PAGES, GIRRARD et NIVIERE (58) il fallut près d'un an pour que les multiples traitements institués l'un après l'autre commencent à agir.

Parfois enfin les lésions si elles sont trop importantes ou si elles sont traitées de façon trop tardive sont tout-à-fait rebelles au traitement (1).

Insistons en conclusion sur la nécessité de la mise en oeuvre la plus précoce possible de la thérapeutique d'autant que le plus souvent les lésions osseuses témoignent d'une syphilis déjà ancienne.

§§§§§§

D E U X I E M E P A R T I E

OBSERVATIONS DE SYPHILIS OSSEUSE
RELEVEES DANS LE SERVICE DE VENEREOLOGIE DE BORDEAUX
DANS LES 40 DERNIERES ANNEES

---

§§§§§

OBSERVATION N° 1. (1968)

Ostéite syphilitique des fémurs et des tibias (47).

MM. LE COULANT P., TEXIER L., TAMISIER J.M., GENIAUX M., et Mme GAUTHIER.

M. S... Hubert, 37 ans, d'abord hospitalisé dans un Service de maladies osseuses pour boiterie et douleurs au niveau des membres inférieurs est transéaté dans le Service de Dermato Vénéréologie à la suite de la découverte d'une sérologie positive.

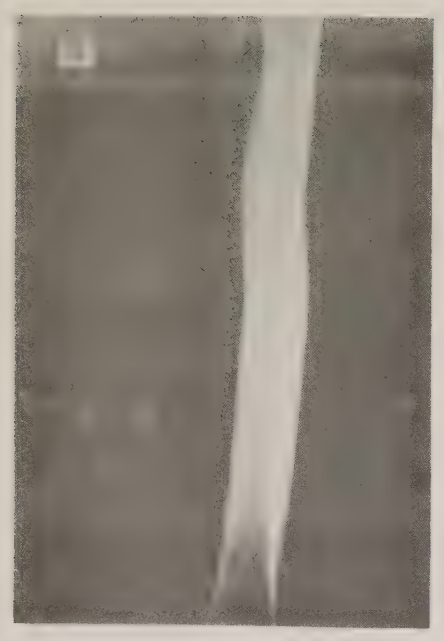
Le malade se plaint depuis deux ans de douleurs d'abord localisées au niveau de la cuisse gauche et présentant un caractère pongitif avec une irradiation descendante vers le genou.

Par la suite ces douleurs se bilatéralisent, atteignent la hanche et le genou surtout à gauche et deviennent franchement ostéocopes avec exacerbation nocturne.

L'examen de l'appareil locomoteur met en évidence une boiterie intermittente et qui semble liée à la douleur.

Les radiographies pratiquées montrent un élargissement très net des diaphyses fémorales, portant sur toute la diaphyse. Cet épaississement touche le périoste mais respecte le canal médullaire. Les bords de l'os sont irréguliers et la structure osseuse hétérogène avec aspects réticulés ou feuilletés suivant l'endroit.

Cette ostéo périostite est surtout importante sur le fémur gauche qui est en outre un peu courbé en "lame de sabre". On note le même aspect mais moins marqué au niveau du fémur droit et des deux tibias.



La sérologie montre :

Kolmer VDRL et Kline positifs,

Kline 1/16ème - Reiter positif au 1/4,

Test de Nelson positif.

Dans les antécédents du malade on note lorsqu'il avait 20 ans un épisode d'écoulement urétral traité par le bleu de méthylène.

L'examen neurologique est normal.

Le liquide céphalo rachidien montre :

- une sérologie négative,
- un test de NELSON négatif,
- un test d'immuno fluorescence des tréponèmes négatifs,
- cellule de Nageotte 1,8 éléments au millimètre cube avec 100 pour 100 de leuphocytes,
- benjoin colloïdal: 00 000 2222 0000000,
- Albumine 0,20 g.

L'examen cardio vasculaire est normal.

M. S... est alors mis à un traitement par la Flocilline en commençant par des doses très faibles accompagnées de la prise de polaramine. Il reçoit 18 millions d'unités de Floricilline à raison de 600.000 unités par jour.

Le traitement est bien supporté.

Les douleurs cessent de façon spectaculaire tandis que les lésions radiologiques s'améliorent lentement.

Cette observation illustre bien les lésions déformantes de la syphilis tertiaire qui touche les os longs. C'est la douleur qui est à l'origine de la découverte des lésions et elle présente bien ici le caractère classique ostéocope à exacerbation nocturne.

Les lésions radiologiques hypérostosantes sont également très classiques. Enfin le traitement a agi d'abord sur la douleur, puis beaucoup plus lentement sur les lésions cliniques.

ǂǂǂǂ

OBSERVATION N° 2. (1930)

Mme L... Augustine 45 ans.

Ostéo périostite des deux jambes.

Mme L... avait été hospitalisée en 1929 dans un Service de Chirurgie pour une intervention sur des hémorroïdes. Mais au moment de l'intervention, certains caractères cliniques des lésions et en particulier l'induration de leur base incitent le chirurgien à demander le transfert de la malade dans un Service de dermato vénéréologie.

Mais les examens tant cliniques que para cliniques (en particulier le B.W) s'étant montrés négatifs la malade repart munie d'un traitement simple anti hémorroïdaire.

En 1930, la malade revient dans le service et présente alors outre des lésions rectales douloureuses du même type que les précédentes un syndrôme poly douloureux associant.

- des douleurs abdominales à type de coliques,
- des douleurs de tête à type de céphalée nocturne.
- des douleurs des jambes, véritables sensations de "feu rongeant les tibias" à exacerbation nocturne.

L'examen de la malade est à peu près négatif en dehors de la présence d'ulcérations anales laissant s'écouler un pus jaunâtre.

L'examen neurologique et cardio vasculaire ne montre rien de particulier.

Les radiographies montrent cependant des lésions d'ostéo périostite des deux jambes hautement évocatrices de spécificité. L'aspect de ces lésions radiologiques malgré la négativité du BW pratiqué une nouvelle fois fait décider un traitement d'épreuve spécifique.

La malade est traitée par le sulfarsénol avec des doses croissantes de 0,06 g à 0,6 g.

En cours de traitement les douleurs s'estompent et les lésions s'améliorent lentement. Cependant au bout de deux mois la malade est perdue de vue.

Le traitement a donc eu ici aussi un effet spectaculaire sur les douleurs et beaucoup plus nuancé sur les lésions radiologiques.

$$$$

OBSERVATION N° 3. (1930)

M. C... Henri, 41 ans.

Gommes sternale et costale.

M. C... entre en 1928 à l'Hôpital pour "phlegmon ligneux" du côté gauche du cou. Après un traitement post opératoire de deux mois et demi à l'hôpital le malade sort mais continue à "suppurer". Il se forme en effet sans cesse de "petits abcès", nécessitant des incisions et des pansements incessants. M. C... vient de la sorte tous les jours ou tous les deux jours à l'hôpital se faire soigner pendant deux ans dans un service de chirurgie.

Il apparaît alors une tumeur douloureuse au niveau de la région costo sternale gauche. La lésion se développe vers le sein gauche qui devient gros et tuméfié. On pense alors probablement à une nouvelle localisation purulente et on intervient de nouveau.

Mais une fois de plus la cicatrisation se fait mal et il subsiste à la partie supérieure et à la partie inférieure de l'incision des ulcérations.

Par ailleurs, les radiographies pratiquées montrent des lésions d'ostéite gommeuse sternale et costale très discrètes.

Le malade est alors adressé en consultation de Dermato vénéréologie où l'aspect des ulcérations des lésions radiologiques font envisager le diagnostic d'atteinte syphilitique tertiaire malgré la négativité des examens biologiques et en particulier du BW. On décide de tenter un traitement d'épreuve spécifique.

Le malade rentre donc dans le Service de Dermato vénéréologie le 13 novembre 1930.

L'examen montre alors :

- au dessous de la fourchette sternale une ulcération allongée à bords réguliers à fond rosé et suintant.

- au niveau du 5ème espace intercostal sur le bord gauche du sternum une autre ulcération présentant les mêmes caractères que la précédente.

Tout autour de ces ulcérations on perçoit à la palpation une zone d'empâtement dure douloureuse donnant l'impression d'une cuirasse formant bloc et comprenant une partie du sternum et le départ des espaces intercostaux correspondants.

Le malade est alors mis sous cyanure de mercure à raison d'une injection journalière de 0,01 g.

Mais rapidement apparaîssent des phénomènes de stomatite très marqués qui obligent à cesser le cyanure.

On prescrit alors du sulfarsénol "doses croissantes" de 0,06 g. à 0,54 g. auquel on associe au bout d'un moment du bivatol.

Les ulcérations cicatrisent assez rapidement tandis que les douleurs s'estompent mais il apparait une réaction inflammatoire locale importante et brutalement 2 autres ulcérations de petite taille se creusent non loin des précédentes. La palpation en est très douloureuse . Cette réaction fait penser à un phénomène d'HERXHEIMER.

Par la suite toutes les lésions s'améliorent lentement.

Si le diagnostic de spécificité syphilitique pouvait être discuté, l'efficacité thérapeutique a plaidé en sa faveur, puisque les signes fonctionnels et les ulcérations se sont améliorés, sous sulfarsénol et bivatol.

Par ailleurs nous n'avons pas juger de l'évolution des lésions radiologiques osseuses mais les douleurs ressenties à ce niveau ont totalement disparu avec le traitement.

§§§§

OBSERVATION N° 4. (1939).

Mme A... Germaine, 22 ans.

Ostéite de l'orbite.

Il s'agit d'une malade traitée conjointement dans les services de MM. Les Professeurs PORTMANN et PETGES.

La maladie débute par des douleurs au niveau de l'oeil gauche, douleurs mal systématisées, à la fois véritablement oculaires et osseuses.

Les douleurs sont permanentes mais sujettes à des paroxysmes.

Puis apparait une céphalée tenace, persistant la nuit, augmentée par les mouvements ; de siège fronto occipital avec irradiation en arrière vers le rachis.

En même temps la malade se met à vomir et ses vomissements sont abondants, alimentaires, et bilieux et semblent être liés à la céphalée.

Enfin MMe A... présente une diminution progressive de l'acuité visuelle de l'oeil gauche qui aboutit assez rapidement à la perte totale de la vision de cet oeil.

Des examens radiographiques et ophtalmologiques pratiqués mettent en évidence une ostéite de l'orbite.

Le BW qui se révèle être très positif affirme la nature spécifique de l'ostéite.

La malade est mise en traitement par le bivatol.

Ce traitement est bien supporté.

Les céphalées et les douleurs "oculaires" disparaissent.

Il semble que la vue commence à réapparaître légèrement.

Mais à ce moment là la malade quitte le Service sur sa demande en refusant une ponction lombaire.

Il faut noter que par ailleurs l'examen neurologique était strictement négatif, ainsi que l'examen cardio vasculaire.

D'autre part, l'interrogatoire n'a permis de mettre en évidence aucun antécédent personnel ni familial pouvant faire évoquer une spécificité.

Il faut noter que la localisation osseuse orbitale de la syphilis rencontrée dans cette observation est relativement rare.

Il semble que le traitement ait eu une action favorable très rapide sur les signes fonctionnels comme c'est d'ailleurs classique.Quant aux résultats objectifs osseux et ophtalmologiques ils n'ont pu être suivis du fait du départ anticipé de la malade.

$$$$

OBSERVATION N° 5. (1946)

Mme R... Odette, 47 ans.

Gomme du palais.

Mme R... fut adressée au dispensaire de dermato vénéréologie par le Service de neurologie. Elle avait été hospitalisée là en 1943, pour céphalées, stase papillaire et lésions de la voie pyramidale. Les lésions neurologiques avaient été attribuées à une gomme pédonculaire.

Lors de la consultation au dispensaire on découvre un reliquat de gomme du palais, avec lésions osseuses de la voûte palatine à la radio, et c'est ce qui nous a permis de faire figurer cette observation dans notre travail quoique il ne s'agisse pas à proprement parler d'une syphilis osseuse au départ.

Le BW était positif en 1943, la malade avait suivi très irrégulièrement un traitement au cyanure de mercure.

En 1946 et 1952, la malade fut suivie et traitée au dispensaire par une alternance de Muthanol, quinby, bivatol. En 1952, la malade reçoit un traitement pénicilliné puis subit une surveillance trimestrielle jusqu'en 1959, date à laquelle la malade est perdue de vue.

$$$$

OBSERVATION N° 6. (1950)

Mme A... Constantine, 51 ans.

Gomme du palais.

L'observation de cette malade est assez comparable à la précédente, il s'agit d'une gomme avec perforation de la voûte palatine osseuse tout-à-fait évocatrice de syphilis tertiaire.

Le B.W. est très positif en 1950.

La malade a reçu alternativement du néocardyl, du bivatol, du bi-spécia, du muthanol et enfin 9 millions de flocilline en 1953, les lésions se sont améliorées lentement.

Le BW est resté positif mais la réagine a diminué de 64 en 1950 à 1 en 1969 puisque la malade a été suivie jusqu'à cette date.

$$$$

OBSERVATION N° 7. (1952)

M. H..., 24 ans.

Ostéo périostite de jambe.

M. H... en bonne santé jusqu'alors est pris, la nuit brutalement de violentes douleurs au niveau de la partie supérieure des deux jambes douleurs à maximum siègeant à la face interne du tibia irradiant jusque vers le cou-de-pied et peu vers le genou, douleurs lancinantes, pulsatiles, profondes.

Par ailleurs, aucun autre signe fonctionnel n'est noté.

Les douleurs diminuent dans la matinée puis reprennent identiques dans la soirée. Elles s'accompagnent d'une légère impotence fonctionnelle .

Ces phénomènes persistent sans changement jusqu'à l'entrée du malade dans le service de dermato vénérologie 12 jours après.

A l'examen , on note :

- à l'inspection une déformation des tibias à concavité antéro interne sans troubles trophiques cutanés ni amyotrophie.

- à la palpation la face interne des tibias montre une surface irrégulière légèrement bosselée et une palpation déclenche une douleur vive.

- les articulations du genou et tibio tarsienne sont facilement mobilisables et ne sont le siège d'aucun épanchement.

L'examen cardio vasculaire et neurologique est strictement normal.

Les radiographies confirment les lésions d'ostéites hypérostosante et déformante et précise la déformation en lame de sabre des deux tibias.

Le BW très positif avec 64 réagines au Kline affirme la spécificité de la lésion.

Par contre, l'interrogatoire ne permet de relever aucun antécédent vénérien chez ce malade.

M. H... reçoit 15 millions d'unités de Flocilline à raison de 600.000 unités par jour, sous protection anti-histaminique.

Les douleurs disparaissent très rapidement cependant que les lésions osseuses semblent se modifier très légèrement et que le BW se négative lentement.

Il s'agit là d'une observation très classique d'ostéo périostite des tibias avec déformation en lame de sabre.

Il faut retenir ici la rapidité d'apparition des douleurs mais aussi leur disparition immédiate sous traitement alors que celui-ci agit peu sur les lésions osseuses radiologiques.

§§§§

OBSERVATION N° 8. (1953)

M. C... Julien, 62 ans.

Gomme du crâne.

Le 29 mai 1953, M. C... rentre dans un service d'oto-rhino laryngologie pour une affection du nez. Les examens systématiques pratiqués à cette occasion montrent une sérologie positive et le malade est transéaté dans le service de dermato vénérologie.

Le malade se plaint par ailleurs de violentes céphalées, surtout nocturnes. Les radiographies pratiquées mettent en évidence, une lésion gommeuse du frontal, sous la forme d'une lacune arrondie à contours bordés par une bordure dense et un peu floue ainsi que des lésions plus imprécises au niveau du pariétal et au niveau du bord orbitaire supérieur droit.

Par ailleurs, on note quelques lésions au niveau de l'aorte : dilatation de la portion ascendante et calcification des contours.

L'examen neurologique met en évidence un signe Argyll - Robertson mais aucun autre signe, sensitif, ni moteur, ni réflexe.

Le malade est traité par la Flocilline à raison de 600.000 unités par jour sous protection anti histaminique.

Mais par la suite, les lésions cardiaques viendront dominer le tableau sous la forme d'une insuffisance cardiaque qui nécessitera une nouvelle hospitalisation en 1959. M.C... recevra à cette occasion une nouvelle série de Flocilline ainsi qu'un traitement symptomatique à visée cardiaque.

Cette observation ne nous a pas permis de juger de l'évolution de la gomme osseuse en effet, la lésion du frontal, si elle présentait un aspect tout a fait classique, n'était qu'un épiphénomène dans un tableau fait d'atteintes spécifiques diverses et plus graves, en particulier, l'atteinte cardio vasculaire qui a dominé le pronostic.

$$$$

OBSERVATION N° 9. (1954)

Syphilis tertiaire "historique" avec kline positif au 1/2048 test de Nelson négatif.

Par MM. JOULIA, LE COULANT, TEXIER et FRUCHARD (38).

Mme Saint L... 70 ans,

est hospitalisée en septembre 1954, dans un service oto -rhino laryngologie pour épistaxis incoercible.

Un tamponnement postérieur est pratiqué.

On découvre à cette occasion une petite perforation siègeant à la partie droite du voile du palais.

Les examens systématiques mettent alors en évidence un BW nettement positif.

Mme Saint L... est alors transéatée dans le service de dermato vénérologie.

L'examen met alors en évidence. :

- Une gomme palatine avec effondrement des os propres du nez.

- des syphilides tuberculeuses ulcéreuses du visage et des avant-bras.

- Par ailleurs l'examen neurologique note un net défaut gauche et une psychopathie avec incohérence, alternance de phases d'affectivité normale et de phases dépressives.

Les examens biologiques montrent :

Kolner ++++, VDRL ++, Kline ++, réagines Kline 1/20 48, test de Nelson négatif.

Ponction lombaire : nageotte : 1,2 par mm3 (lymphocytes).

- benjoin colloïdal 00000 22222 00000
- albumine : 0,30
- Kolmer VDRL Kline : négatifs.

Un traitement spécifique est alors institué. Le malade reçoit 19.800.000 unités de Flocilline à raison de 600.000 unités par jour sous protection par le phénergan.

Trois mois après, les lésions sont complètement cicatrisées un nouveau bilan biologique est alors pratiqué.

Kolmer ++++, VDRL ++++, Kline douteux, réagine 1/512, test de Nelson négatif (?) (PAUTRIZEL).

Cette malade présentait donc une syphilis tertiaire, avec des lésions osseuses mais aussi cutanées, muqueuses, très démonstratives.

Les réactions sérologiques étaient hyperpositives alors que le test de Nelson était paradoxalement négatif et aurait mérité une vérification qui n'a pu être faite à l'époque.

Il est à noter la rapidité d'action et l'efficacité toute particulière de la Flocilline dans ce cas.

$$$$

OBSERVATION N° 10. (1955)

Vaste ulcération syphilitique tertiaire de la jambe. Effet remarquable de l'ACTH sur la cicatrisation après échec des traitements classiques appliqués pendant plus d'un an par :

MM. JOULIA, TEXIER, FRUCHARD et MALLEVILLE (40)

Mme B... Marie Louise, 62 ans,

présente depuis 1936, une vaste ulcération recouvrant les trois quarts antérieurs de la jambe gauche, à bords éversés, durs, polycycliques, à fond purulent, et suintant.

L'aspect clinique fait suspecter un syphilome tertiaire de la jambe.

La sérologie vient confirmer ce diagnostic : Kolmer, VDRL, kline positif réagine Kline 1/2.

La radiographie pratiquée montre une importante lésion de périostite marginale du péroné.

Une biopsie pratiquée, oriente également vers une syphilis tertiaire et élimine une dégénérescence néoplasique.

De nombreux traitements sont successivement appliqués :

- 12 millions de Flocilline,
- Sirop de Gibert,
- Cyanure intraveineux,
- Extraits placentaires.

De plus, localement :

- Extraits anmiotiques Grémy,
- Finalement greffes.

Devant cette évolution désespéremment trainante le 15 février 1955 on institue un traitement à l'ACTH 100 mg/jour sans changer le traitement local.

La cicatrisation commence alors, et très rapidement, en huit jours la moitié de l'ulcération s'épidermise. L'amélioration se poursuit plus lentement par la suite.

Soulignons ici la difficulté de traitement des lésions tertiaires évoluées.

§§§§

Ces observations de lésions osseuses syphilitiques relevées dans le Service de Dermato vénéréölagie, appellent quelques commentaires.

L'âge de nos malades se situe entre 22 et 70 ans avec respectivement : 37 ans, 45 ans, 22 ans, 47 ans, 51 ans, 24 ans, 62 ans, 70 ans, et 62 ans. La syphilis osseuse peut donc survenir à tout âge avec peut-être cependant une prédilection entre 40 et 60 ans dans notre série.

Les deux sexes sont représentés de façon à peu près égale puisque 6 cas concernent des femmes et 4 des hommes.

L'âge de la maladie dans nos observations est toujours le même il s'agit chaque fois de syphilis tertiaire. Ceci confirme bien la fréquence beaucoup plus grande des lésions osseuses au cours de la période tertiaire qu'au cours de la période secondaire.

Au point de vue topographique nous pouvons constater que toutes les localisations classiques de la syphilis osseuse sont ici représentées puisque nous trouvons :

- Un cas d'atteinte de la voûte crânienne
- Un cas d'atteinte sterno costale
- Un cas d'atteinte de l'orbite
- Trois cas d'atteinte de la voûte palatine dont un comportant également un effondrement des os propres du nez.

- Quatre cas d'atteinte des os longs des membres inférieurs.

On notera avec intérêt la fréquence plus grande chez nos malades des lésions du palais et des os longs des membres inférieurs.

Quant aux types de ces lésions osseuses, ils se répartissent de la façon suivante :

- Quatre gommes,
- Quatre ostéo périostites
- Deux ostéites.

Toutes les formes anatomiques d'atteinte tertiaire sont donc représentées.

Le contexte clinique dans lequel se sont développées les atteintes osseuses est très variable :

. Dans les observations n° 1, n° 4, n° 7, n° 8, ce sont des signes fonctionnels isolés, représentés par des douleurs qui ont amené le malade à consulter et ce sont les examens radiologiques et sérologiques qui ont fait le diagnostic des lésions osseuses spécifiques alors que la syphilis était jusque là méconnue.

. Dans les observations n° 3 et n° 10, au contraire les lésions osseuses ont été découvertes secondairement à des lésions cutanées importantes déjà évocatrices de spécificité par leurs caractères propres.

. Dans l'observation n° 2, c'est au milieu d'un tableau clinique comportant des troubles multiples que sont apparues des douleurs de jambes. Celles-ci ont eu le mérite de faire pratiquer des radiographies qui ont permis de poser le diagnostic alors que le BW était négatif.

. Dans les observations n° 6 et n° 9, c'est à l'occasion d'un examen systématique que l'on a découvert des lésions osseuses ou leurs séquelles.

. Enfin dans l'observation n° 5 c'est au cours d'une syphilis avec gomme pédonculaire ancienne et connue que l'ostéopathie a été mise en évidence.

Les lésions osseuses de la syphilis comportent donc un contexte clinique très variable pouvant intervenir soit comme circonstances de découverte de la maladie syphilitique soit comme épiphénomène parmi d'autres manifestations de l'affection.

La sérologie de nos dix malades fait apparaître 8 réactions positives et 2 négatives. Mais il est à noter que ces dernières remontent à 1930, date à laquelle n'étaient utilisés ni les cardiolopides ni la méthode des dilutions, or nous avons vu que les réactions sérologiques pouvaient être négatives au cours de la syphilis tardive en raison d'un excès d'anti corps.

Les résultats thérapeutiques sont à considérer d'une part, au point de vue fonctionnel, d'autre part, au point de vue objectif.

. Les signes subjectifs, nous avons pu le vérifier chez nos malades, s'amendent le plus souvent de façon spectaculaire sous traitement spécifique, persistant rarement plus de quelques jours après le début du traitement.

. Quant aux signes cliniques et radiologiques relevés dans nos observations, ils ont obéi aux règles classiques : la syphilis raréfiante touchant l'os spongieux et la métaphyse des os longs a été sensible à la thérapeutique avec disparition des gommes, cependant que les brèches persistaient quand même. Au contraire, l'ostéo périostite hypérostosante touchant l'os compact et la diaphyse des os longs est plus rebelle au traitement, l'aspect radioclinique ne se modifiant guère.

L'évolution à long terme des lésions osseuses syphilitiques chez nos malades a été difficile à juger car certains ont été perdus de vue. Cependant, dans les cas où nous disposions d'un recul supérieur à 15 ans, comme par exemple dans l'observation n° 6, nous n'avons jamais observé de reprise du processus pathologique au niveau des os après traitement.

Pour en terminer avec ces quelques considérations suggérées par nos observations il est nécessaire de rapporter le nombre des lésions osseuses au nombre de cas de syphilis observés dans nos Services pendant la même période : cela représente 10 cas de syphilis osseuse pour un total de 5.000 syphilis entre 1930 et 1968.

Ce pourcentage est faible certes, mais ceci peut être interprété comme un signe favorable : En effet, grâce aux moyens modernes mis à notre disposition la maladie syphilitique a pu être dépistée et donc traitées de plus en plus au plus tôt. Or c'est tout de même aux périodes tardives de la maladie que les lésions osseuses sont les plus fréquentes.

Quant aux lésions pouvant exister aux stades précoces de l'affection, si elles sont responsables de signes fonctionnels parfois importants, elles sont en fait cliniquement et radiologiquement peu démonstratives. Il est donc très inhabituel de pratiquer sur tous les malades atteints de syphilis primo-secondaire des examens radiographiques systématiques d'autant plus que la symptomatologie cutanée et les réactions sérologiques suffisent presque toujours au diagnostic. Le problème est alors beaucoup plus de traiter la syphilis que de tenter, dans un but tout théorique, de dépister des lésions osseuses peu marquées.

Ainsi donc, ces observations de syphilis osseuse et les conclusions que nous avons pu en tirer nous ont permis de vérifier que les tableaux cliniques et évolutifs de l'affection, restaient les mêmes, aujourd'hui comme autrefois.

§§§§§§§

C O N C L U S I O N S

A l'occasion d'un cas typique d'ostéite syphilitique des fémurs et des tibias observé en 1968 dans le Service de Dermato vénéréologie de MM. les Professeurs LE COULANT et TEXIER, nous avons tenté au travers des publications françaises et étrangères que nous avons pu réunir, de nous livrer à une synthèse des connaissances actuelles sur la syphilis osseuse.

Ce travail nous invite à insister tout particulièrement sur le polymorphisme de l'affection. En effet si le diagnostic clinique et surtout radiologique en est facile dans les formes typiques, nous avons vu combien il pouvait être délicat dans les formes atypiques et simulant d'autres affections osseuses.

La sérologie doit donc rester le temps capital du diagnostic, appuyée s'il y a lieu par le luo-test, examen simple qui semble mériter une plus grande place dans notre arsenal biologique que celle qu'on lui accorde habituellement.

Nous avons ensuite repris les observations des lésions osseuses syphilitiques recueillies à la Clinique Dermatologique depuis 1930. Leur analyse nous a permis de vérifier que les descriptions théoriques que nous avions analysées par ailleurs,aussi bien cliniques que radiologiques, se retrouvaient dans notre propre pratique.

Au terme de ce travail, les localisations osseuses de la syphilis nous semblent donc rares. Elles ne se retrouvent que chez des malades non traités ou mal traités chez lesquels on retrouve presque toujours à l'origine, soit un défaut de diagnostic de la syphilis elle-même soit un manque d'application correcte de la thérapeutique spécifique, comme il en est d'ailleurs des atteintes viscérales de cette tréponématose : aortite, paralysie générale ou tabès.

§§§§§§

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Doyen :
H. BRICAUD

Bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
P. LE COULANT

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 2 décembre 1969
Le Recteur de l'Université :
J. BABIN

B I B L I O G R A P H I E

1. BERTRAND-FONTAINE Mme, DRAMEZ Ch., DALAYEUN J., et LABRAM C. - Un cas d'ostéopériostite syphilitique à localisations multiples insensible à tous traitements.
BM soc. Méd. Hôp. Paris, 1959, 75, n° 5 et 6, 189 - 192.

2. BINGOLD A.C. - Luetic lumbar spondylitis.
Proc. Roy. soc. Méd. 1962, 55, n° 5, 354 - 355.

3. BONDET P. et TOMMASI M. - Syphilis secondaire coexistant avec une gomme du frontal chez une indigène africaine.
Bull. Soc. Franç. Derm. janv. Fév. 1955, 62, n° 1, 74.

4. BONJEAN M., PAPET R., SEKKAT A., et PRIME A. - Ostéo périostite spécifique diffuse.
Bull. soc. franç. Derm. janv. av. 1966, 73, n° 2, 152.

5. BONNET P. - Le diagnostic de l'exophtalmie unilatérale.
Jour. Méd. Lyon, 20 juin 1951, 32, 561 - 583.

6. BOUCOMONT J. - Ostéopathies syphilitiques et pénicilline.
Pédiatrie janv. fév. 1947, n° 1 - 2, 25 - 27.

7. BOUDIN G., BARBIZET J. et LABRAM C. - Syphilis osseuse avec ostéomalacie probablement d'origine bismuthique.
B.M. Soc. méd. hôp. Paris, 1959, 75, n° 5 - 6, 193 - 197.

8. BUCHMAN J. et LIEBERMAN E.S. - Prédominance de la syphilis des os et des articulations.
Arch. of dermatology and syphilology 1941, 44, n° 1, 22.

9. COSTE F. et BOUREL M. - Forme pseudo sarcomateuse de la syphilis osseuse acquise.
Revue rhumat. janv. 1952, n° 1, 51 - 54.

10. CROWE F.W. et JOHNSON S.A.M. - L'emploi de l'auréomycine dans un cas d'ostéopériostite de la syphilis.
Arch. of derm. déc. 1951, 64, n° 6, 757 - 760.

11. DAGUET G. - Aide de la sérologie et de l'immunologie au diagnostic de la syphilis.
Revue du Praticien 1964, XIV, n° 14, 18 - 15.

12. DEGOS R. - Sérologie de la syphilis.
G.M. de France 1/XII/1965 P. 4019.

13. DEGOS R. - Pian.
Dermatologie Editions Médicales Flammarion 1953 tome II, 609.

14. DEJEAN C., VIALLEFONT H., BOUDE C., et BOULAD - Ostéopériostite syphilitique diffuse orbito nasale, exophtalmie bilatérale.
Rev. Oto. Neuro. Opht. 1957, 29, n° 7, 440-442.

15. DELAHAYE R.P. et BOURSIQUOT P. - Les aspects radiologiques des localisations osseuses de la syphilis tertiaire, acquise et de la syphilis congénitale tardive.
Entretiens Bichat (Chirurgie et Spécialités) 1967, 257 - 264.

16. DOLLFUS A. et ESCALIER A. - Un cas d'ostéite syphilitique avec gommes sur ou sous orbitaire aspect radiologique de crâne pseudo pagétique.
Bull. soc. opht. Paris, 1932, n° 9, 658 - 662.

17. DUBECQ X.J., LAGUERODIE R. et MICHELET P.X. - Les nécroses syphilitiques des maxillaires : nécroses syphilitiques de la région incisive du maxillaire inférieur.
Bordeaux, chirurgic. av. 1966, n° 2, 103.

18. DUPERRAT B. et NOURY J.Y. - Ostéolyse crânienne multiple au cours de la syphilis secondaire.
Bull. soc. Franç. derm. 1967, 74, n° 4, 484-486.

19. DUPERRAT, GUILAINE et VALETTE - Ostéite gommeuse du crâne contemporaine de la roséole.
Bull. soc. Franç. derm. janv. fév. 1956, 66, n° 1, 19 - 21.

20. DUVERNE J., MOURNIER R., et DEMILLY J. - Syphilis secondaire avec ostéolyse crânienne multilacunaire et périostite tibiale.
Bull. soc. Franç. Derm. Mars Avril 1964, 71, n° 2, 264 - 266.

21. EHRENPREIS B. - Syphilis of bone in the adult.
New-York state J. Med. Nov. 1957, 57, n° 21, 3485.

22. ETIENNE MM., LAPEYRIE et LISBONNE - Syphilis du tibia (probable) à forme de tumeur.
Montpellier chir. 1955, n° 9, 266 - 267.

23. FEDOU R. et LIGOU J.C. - La syphilis acquise des os longs chez l'adulte.
Les nouvelles thérapeutiques, 10.

24. FOURNIER A. - Traité de la syphilis.
Paris, 1906 J. Rueff Editeur, 558.

25. FRAZIER C.N. et LI HUNG CHIUNG.
Racial variations in immunity to syphilis.
Chicago 1948, University of Chicago press.

26. GADRAT J. - Syphilis osseuse suivie depuis 25 ans.
Bull. soc. Franç. derm. janv. fév. 1956, 66, n° 1, 79.

27. GADRAT J. -
Rev. Franç. derm. Vénérol. juil. août 1932, VIII n° 7. 8, 1.20.

28. GANGOLPHE. - Maladies infectieuses et parasitaires des os 1894.

29. Mc GLADDERY H. - La syphilis osseuse ostéolytique.
J. of bone and joint surgery 1950, 32, B. n° 2, 226.

30. GLASER R.J. et SCOTT V. - Destructive osseous lesions in Early syphilis response following penicillin therapy.
Am. J. Med. 1947, 3, 496.

31. GOLDMANN C.H. et SMITH S.J. -
Brit. J. Radiol. 1943, 16, 234.

32. GRACIANS KY de P., et BOULLE S. - Pian.
Atlas de dermatologie, Maloine Edit. Tome VI.

33. HEBERER G. - Importance actuelle de la syphilis osseuse.
Beitr. klin. chir. 1950, 179, n° 3, 433.444.

34. HELFET A.J. -
J. Bone and joint. Surg. 1944, 26, 672.

35. HURIEZ C., AGACHE P. et MARTIN P. - Ostéite nécrosante à séquestres géants de la voûte crânienne chez une ancienne syphilitique.
Bull. soc. Derm. 1959, 961.

36. HURIEZ, VAN DEN DORP F., DESMONS F., et PELCE Ph. - A propos de 27 observations de syphilis osseuses recueillies en 30 ans dans les services hospitaliers Lillois.
Bull. soc. Franç. derm. juil. oct. 1956, 66, n° 4, 335.338.

37. JEANSELME et SEZARY - Traité de la syphilis tome V syphilis viscérale, 691 - 725. Doin Edit. 1940.

38. JOULIA P., LE COULANT P., TEXIER L. et FRUCHARD J. - Syphilis tertiaire historique avec kline positif au 1/2048 test de Nelson négatif.
Bull. soc. Franç. derm. Juil. oct. 1955, n° 4, 407.

39. JOULIA P., PAUTRIZEL R. et TEXIER L. - Considérations sur les réactions sérologiques à base de cardiolopide au cours de la syphilis tertiaire.
Bull. soc. franç. derm. 1951, 58, n° 5, 549.

40. JOULIA P., TEXIER L., FRUCHARD J. et MALLEVILLE - Vaste ulcération syphilitique tertiaire de la jambe. Effet remarquable de l'A.C.T.H. sur la cicatrisation après échec de traitements classiques appliqués pendant plus d'un an.
Bull. soc. franç. derm. juil. oct. 1955, n° 4, 408.

41. KIPFER M. et KOCHNEVIS A. - Une cause historique d' exophtalmie unilatérale : ostéite frontale syphilitique.
Sem. hôp. Paris, 12 mai 1960, n° 12, 764 - 767

42. KLAUSBERGER E.M. - Manifestations névritiques comme premier signe de la syphilis osseuse.
Wien. Med. Nschr. sept. 1947, 97, n° 34.35, 385.

43. LAMARQUE P., BETOULIERES P. et LEVRIER P. - Deux cas de formes radiologiques pseudo tumorales de la syphilis osseuse.
J. Electrol. Radiol. 1949, 30, n° 11/12, 687-689.

44. LANCEREAUX E. - Les ostéites syphilitiques.
Ann. Derm. Syph. 1886, 7, 261.

45. LASSERRE J. - Encyclopédie médico chirurgicale appareil locomoteur.
Edit. Paris, 1, 14, 018, C 10.

46. LAYANI F., DURUPT L. et MAY V. - Ostéopériostite gommeuse syphilitique du tibia avec image fissuraire type Milkmann.
Rev. Rhumat. sept. oct. 1955, 22, n° 9, 10, 701, 703.

47. LE COULANT P., TEXIER L., TAMISIER J.M., GENIAUX M. et Mme GAUTHIER. - Ostéite syphilitique des fémurs et tibias.
Bull. soc. franç. derm. 1969, 76, n° 2, 222.

48. LUNN H.F. - Tréponématose osseuse.
J. Trop. med. hyg. juillet 1961, 64, n° 7, 166 - 168.

49. MARILL F.G. et HADIDA J. (Melle) - Ostéo arthrite syphilitique solitaire chez une jeune fille de 18 ans.
Bull. soc. Franç. derm. janv. mars 1959, 69, n° 1, 109 - 111.

50. MAURIAC C.- Sur les affections syphilitiques précoces du système osseux.
Gaz. des Hôp. 1872, 92, 739.

51. MERZ, DUVAL et DUROUX - Un cas curieux d'ostéite syphilitique à localisations multiples.
Ann. derm. syph. mai juin 1946, n° 5/6, 364.

52. MØLLER - CHRISTENSEN V. et INKSTER R.G. - Cas de lèpre et de syphilis dans la collection ostéologique de la section d'anatomie de l'université d'Edimbourg.
Danish. med. bull. mars 1965, 12, n° 1, 11 - 18.

53. MØLLER - CHRISTENSEN V. - Les origines de la syphilis et de la lèpre, une étude anthropologique.
Abbotempo, livre 1, 20.

54. MORTON J.J. - La syphilis des os.
Urol. cutan. rev. 1939, 43, n° 1, 72 - 78.

55. NABARRO D. - Congenital syphilis.
Arnold London 1954, 188, 227.

56. NATHAN A.S. et LAWSON W. - Ostéomyélite spécifique de la mandibule.
Oral Surgy 1964, 17, n° 3, 284 - 288.

57. NITCHEN L. - A propos des ostéopériostites syphilitiques.
Ann. Mal. ven. 1932, 17600.

58. PAGES F., GIRARD J. et NIVIERE - Syphilis d'allure septicémique avec lésions osseuses importantes et rebelles.
Bull. Soc. Franç. derm. mars av. 1955, 62, n° 2, 155 - 156.

59. PAGES F., MANY P. et LAPEYRE J. -
Presse médicale 1959, 67, n° 8, 287 - 289.

60. PAUTRIZEL R., SZERSNOVICZ F. et TOULZA M. - Sensibilité au phénomène de zone de la "réagine" syphilitique élaborée au cours de la syphilis ancienne. Ann. biol. clin. 1961, n° 10 - 11, 707.

61. RAVA G. et d'AMORA T. - Trochanterites spécifiques. Minerva ortop. 1967, 18, n° 3, 143 - 147.

62. REYNOLDS F.W. et WASSERMANN H. - Destructive osseous lesions ni early syphilis. Arch. Int. Med. 1942, 69, n° 2, 263.

63. SCHNEIDER P. - Virch. arch. 1921, 234.

64. SEZE S. de et HUBAULT A. - Quelques aspects radiologiques et évolutifs observés dans ces dernières années. Rev. rhumat. 1952, 19, n° 3, 224, 229.

65. SEZE S. de et RYCKEWAERT A. - Maladies des os et des articulations. Flammarion Edit. Paris 1954, 74 - 79.

66. SGALITZER M. - Radiology 1941, 37, 75.

67. SINDING - LARSEN M.F. - Acta radiol. stockh.1926, 5, 207.

68. SKAPINKER S. et MINAAR (de Villiers). - Les affections syphilitiques des os longs chez les Bantous d'Afrique du Sud. J. Bone Joint. Surgy. 1951, 33 B, n° 4, 578.

69. SPRUNG H.G. - Dtsch Z chir. 1937, 249 - 632.

70. STOKES J.H. - Modern clinical syphilology Philadelphia W.D. Saunders 1928.

71. STOKES J.H. et GARGER V.C. - Modern clinical syphilology.
Ed. 2 Philadelphia W Saunders 1936, 686.

72. STOKES J.H. - Modern clinical syphilology.
Philadelphia Saunders 1945, 165, 815.

73. SWEDIAUR F. - Traité complet sur les symptômes, les effets, la nature et le traitement des maladies syphilitiques.
Ed. 4 Paris, 1801, 179.

74. TANGUY R. - Présentation de clichés intéressant diverses formes de syphilis osseuse et leur diagnostic différentiel.
J. Electrol. Radiol. 1951, 32, n° 5/6, 536/537.

75. TARDOS R. et TOMARI V.A. - Aspect actuel de la syphilis osseuse en Algérie.
J. Electrol. radiol. 1962, 5, 288, 297.

76. THIERS H., RACOUCHOT J. et THOLOT. - Accident strepto syphilitique d'1 doigt.
Bull. soc. Franç. derm. 1948, n° 4, 317.

77. THOMASON H.A. et MAYORAL A. - Ostéomyélite syphilitique.
J. Bone surg. 1940, 22, n° 1, 203 - 206.

78. THOMPSON N.A. et PRESTON R.H. - Lesions of the skull in secondary syphilis.
Am. j. Syph. 1952, 36, n° 4, 332.

79. WATRIN J., ANTOINE, BEURET J. et TREHEUX Mme - Journal Electrol. Radiol., 1952, 33, 598 - 600.

80. WATRIN J., BEURET J., MOUGUEROLLE J. et TREHEUX - Syphilis tertiaire à gommes osseuses multiples. Bull. Soc. Franç. Derm. 1951, n° 5, 611.

81. WILE J.J., et WELTON D.G. - Early syphilitic ostéo myelitic, report of two cases. Am. J. Syph. 1940, 24, n° 1, 1, 12.

$$$$$$

Editions BERGERET - 2, rue Bergeret-Bordeaux-Tél.91.12.59. -

TABLE DES MATIERES

	Page
INTRODUCTION GENERALITES	1
PREMIERE PARTIE : LA SYPHILIS OSSEUSE	5
- Historique	6
- Etiologie	11
- Anatomie Pathologique	12
. I Lésion Elémentaire	12
. II Formes Anatomiques	14
- Clinique	17
. I Période Primaire	17
. II Période Secondaire	18
. III Période Tertiaire	22
- Radiologie	28
. I Types radiologiques	28
. II Formes topographiques	31
- Examens Biologiques	37
. I Examens sérologiques	37
. II Le luotest	39
. III Recherche de Tréponèmes par biopsie.	42
- Formes cliniques	43
. I Formes topographiques	43
. II Formes trompeuses	44
. III Formes Raciales	46

Pages

- Diagnostic 47
- Traitement 55

. I Méthodes Thérapeutiques ... 56
. II Inicdents 57
. III Résultats 58

DEUXIEME PARTIE : OBSERVATIONS DE SYPHILIS OSSEUSE RELEVEES DANS LE SERVICE DE VENEREOLOGIE DE BORDEAUX DANS LES 40 DERNIERES ANNEES. 59

- Observation n° 1 60
- Observation n° 2 63
- Observation n° 3 65
- Observation n° 4 68
- Observation n° 5 70
- Observation n° 6 71
- Observation n° 7 72
- Observation n° 8 74
- Observation n° 9 76
- Observation n° 10 78

CONCLUSIONS 85

BIBLIOGRAPHIE 87

\$\$\$\$\$\$

EDITIONS BERGERET - 2, rue Bergeret - BORDEAUX. Tél. 91.12.59